



FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA

O Impacto dos Factores de Risco Social na Dor Oncológica

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Francisco Branco
Co-orientador: Professor Doutor António Barbosa

Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos
Cristina Maria de Melo Gil Baptista
Janeiro de 2014

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 22 de Abril de 2014.**

Índice

Índice	ii
Índice de Tabelas	iv
Índice de Figuras	v
Resumo	vi
Abstract	viii
Agradecimentos	x
Introdução	2
1 Fundamentação teórica	4
1.1 Modelos conceptuais de saúde	4
1.1.1 Modelo Bio-Médico	4
1.1.2 Modelo Psicossomático	7
1.1.3 Modelo Biopsicossocial	8
1.1.4 Modelo Holístico	9
1.2 Determinantes sociais na saúde	12
1.2.1 Risco social	14
1.3 Conceptualização da Dor	15
1.4 Factores modificadores da percepção da dor	17
1.4.1 Dor e cultura	19
1.5 As dimensões da dor	22
1.6 Dor e sofrimento	24
1.7 A influência das emoções negativas na dor	28
1.8 Consequências psicossociais da dor crónica	31
1.9 A dor como 5º sinal vital	32
2 Estudo empírico	35
2.2 Objectivos	35
2.3 Questões de investigação	36
2.4 Amostra	36
2.5 Instrumentos de avaliação	36
2.5.1 Questionário	36

2.5.2	Escalas	37
2.6	Procedimento metodológico.....	41
2.7	Apresentação e Análise dos Resultados.....	42
2.7.1	Caracterização clínica da amostra.....	43
2.7.2	Caracterização sócio-demográfica da amostra	47
3	Conclusões.....	66
4	Bibliografia.....	72
5	Apêndice.....	75
1.	Caracterização clínica e sócio-demográfica da amostra	75
6	Anexos	97

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estudo descritivo do factor de risco “Barreiras na comunicação com familiares” no subgrupo de 19 doentes com tumores da cabeça e pescoço	63
Tabela 2. Correlação entre indicadores de risco social e experiência de dor	65
Tabela 3. Caracterização clínica	75
Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica.....	76
Tabela 5. Situação Familiar.....	77
Tabela 6. Rede Familiar	78
Tabela 7. Resultados descritivos da Escala de Gijon de avaliação do risco sócio-familiar.....	79
Tabela 8. Resultados descritivos do score global da Escala de Gijon.....	79
Tabela 9. Caracterização da dor – Escala Visual Analógica (EVA)	80

Índice de Figuras

Figura 1 Distribuição do nível de dor	43
Figura 2 Correlação entre o nível de dor e patologia.....	44
Figura 3 Distribuição do tratamento actual na amostra	45
Figura 4 Estado funcional ECOG	46
Figura 5 Distribuição da amostra por género.....	47
Figura 6 Distribuição da amostra por faixa etária	48
Figura 7 Distribuição da amostra por estado civil	49
Figura 8 Distribuição da amostra por nível de escolaridade	50
Figura 9 Distribuição da amostra por coabitação	51
Figura 10 Distribuição da característica “quem recorre para apoio”	52
Figura 11 Resultados descritivos da escala de Gijon de avaliação do risco sociofamiliar.....	53
Figura 12 Gráfico descritivo dos itens que compõem a escala de Gijon.....	55
Figura 13 Indicadores de risco “Ausência de cuidador” e “Ausência de companhia”	57
Figura 14 Indicadores de risco “Dependentes” e “Menores a cargo”	58
Figura 15 Indicadores de risco “Luto recente /outras doenças” e “Rendimento insuficiente”	60
Figura 16 Indicadores de risco “Precaridade habitacional” e “Barreiras na comunicação”	61
Figura 17 Indicadores de risco “Outros tumores” e “Tumores da cabeça e pescoço”	64
Figura 18 Indicadores de risco “Sofrimento emocional” e “Perda de autonomia”	64

Resumo

Na última década tem sido dada maior relevância a outras dimensões da dor que não a dimensão física. Estudos e pesquisas oriundos de universidades e de autores conceituados revelaram que experiências como a solidão, a rejeição social, a falta de suporte social percebido, o sofrimento emocional, se forem bastante intensas, poderão activar as mesmas áreas do cérebro relacionadas com a dor física e, como tal, produzir a experiência de dor. Estas pesquisas revelaram existir uma relação entre a intensidade emocional e a actividade neural.

Com o presente estudo pretendeu-se analisar existência de factores de risco social com impacto na experiência de dor física, testando a existência de correlação entre risco social e experiência de dor.

Material e método: participaram neste estudo 102 pessoas que estavam a ser seguidas na consulta de Dor do I.P.O. de Lisboa, no período de Março e Abril de 2013 . Os participantes preencheram um questionário sócio-demográfico, a escala de Dor mista EVA, a escala E.C.O.G. (avaliação do estado funcional), a escala de Gijon (avaliação do risco-sócio-familiar) e, por fim, solicitava-se aos inquiridos que ordenassem alguns indicadores de risco social, hierarquizando aquele(s) que lhes causavam o menor sofrimento até àquele(s) que lhes causavam o maior sofrimento possível.

Resultados: não se encontrou uma associação de factores de risco social e experiência de dor no doente oncológico seguido na consulta de Dor do I.P.O. de Lisboa. No entanto, verificou-se uma tendência para uma associação entre dois dos indicadores de risco social – sofrimento emocional e perda de autonomia – relativamente à manifestação e ao grau de

sofrimento dos participantes. Conclusões: não se tendo encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre factores de risco social e experiência de dor, no doente oncológico seguido na consulta de Dor do I.P.O. de Lisboa, verificou-se, contudo, a tendência para que o sofrimento emocional e a perda de autonomia estivessem associados a um maior sofrimento dos doentes. Desta forma, torna-se necessário o desenvolvimento de investigações complementares, no sentido de aprofundar esta problemática de suma importância, tanto para os profissionais que trabalham com o doente oncológico, como para as próprias pessoas que sofrem este tipo de patologia.

Palavras-chave

Risco social, Dor oncológica, Emoções negativas.

Abstract

In the last decade, it has been given relevance to other dimensions of pain and not only to physical pain. Studies and researches from universities and well reputed authors showed that certain variables such as loneliness, social rejection, absence of social support, emotional suffering, if intense may activate the same brain areas connected to physical pain, and consequently produce the experience of pain. These researches prove there is a connection between emotional intensity and neural activity.

The purpose of this study was to analyze if any of the social risk factors had an impact in the physical pain experience of the oncologic patient followed in the Pain consultation at IPOLFG, trying to establish if there was any correlation between social risk and pain experience.

Material and Method: 102 people participated in this study, all of which were being followed at the Pain consultation in Lisbon IPO, within the period of March and April 2013. All participants filled in a social-demographic survey, EVA mixed pain scale, ECOG scale (evaluation of the functional condition), the Gijon scale (evaluation of the social-family risks) and finally it was requested to the participants to rate by order of importance which were the social risk indicators causing less suffering to those provoking maximum suffering.

Results: no association between social risk factors and pain experience was found in the oncologic patients followed at the Pain consultation at Lisbon IPO. However, it has been detected a certain tendency to the association between two of the social risk indicators –

emotional suffering and loss of autonomy – in regards to the level of suffering of the participants.

Conclusions: a significant statistically correlation between social risk factors and pain experience was not found in the oncologic patients followed in the Pain consultation at the Lisbon IPO, however it was concluded that emotional suffering and loss of autonomy were closely connected to bigger levels of suffering in the patients.

According to this, it is essential to carry on further investigations, in order to better understand this problem that is of the utmost important both to the professionals working with oncologic patients and to patients suffering from this pathology.

Keywords

Social risk, Oncological pain, Negative emotions.

Agradecimentos

Na realização deste estudo tive o apoio de algumas pessoas a quem devo agradecer e, sem as quais, não teria nunca sido possível avançar e terminar este trabalho. Ao longo deste tempo, houve períodos em que foi mais difícil dar continuidade ao trabalho, momentos de desânimo, desalento e de desmotivação. No entanto, no término deste estudo, a minha profunda gratidão dirige-se para:

- Professor Francisco Branco, meu orientador, pelo seu auxílio e pela sua paciência;
- Professor António Barbosa, meu co-orientador, pelo ânimo e estímulo;
- Unidade de Dor do I.P.O.L.F.G. pela disponibilidade e generosidade com que me receberam e pelo cuidado de me facultarem todos os recursos necessários à colheita dos dados, imprescindíveis à realização deste estudo;
- Dr. Paulo Pina, pelo seu apoio e estímulo constante;
- Dra. Ana Paula Conceição e Silva, coordenadora do Serviço Social do I.P.O.L.F.G., pelo incentivo e pela oportunidade que me concedeu de modo a poder realizar este estudo;
- Dra. Susana Esteves que me deu todo o apoio na parte estatística;
- meus amigos, Dulce Ferreira e Nuno Cruz: não teria conseguido chegar ao final deste trabalho sem o vosso apoio e paciência.

“Just as the physical world of rainbows, lightning and stars was not understood in the centuries before modern physics and astronomy, so also the more elusive and complex aspects of the human mind are not understood at present, even with the impressive technology we have at our command. Can we afford to ignore the role of emotions, hope, the will to live, the power of human warmth and contact, just because they are difficult to investigate scientifically and our ignorance is so overwhelming?”¹

David Feltenin “Psychoneuroimmunology”, 1991

¹*“Assim como o mundo físico dos arco-íris, dos relâmpagos e das estrelas não foi compreendido nos séculos anteriores aos da física e astronomia modernas, assim também os aspectos mais subtis e complexos da mente humana não são compreendidos actualmente, mesmo com a impressionante tecnologia que temos ao nosso dispor. Poderemos nós dar-nos ao luxo de ignorar o papel das emoções, da esperança, da vontade de viver, do poder do calor e do contacto humano, apenas porque eles são difíceis de investigar cientificamente e a nossa ignorância é tão grande?”*

Introdução

As influências recíprocas entre factores biológicos, psicológicos, emocionais e sociais têm sido ignoradas pela própria medicina, pois estes últimos não são dados objectivos, visíveis ou que possam ser mensurados quantitativamente e analisados através da tecnologia altamente avançada de que dispomos hoje em dia.

No entanto, na segunda metade do século XX, verificou-se um grande desenvolvimento das áreas científicas da bioquímica e da imunologia, conseguindo-se neste momento identificar ligações estreitas entre o Sistema Nervoso Central (S.N.C.) e o Sistema Imunológico. Simultaneamente, a partir do início da década de 70, com o aparecimento da ressonância magnética, dá-se um grande salto no desenvolvimento da imagiologia. E é neste contexto que surgem alguns cientistas que, numa atitude audaciosa, aventuram-se a investigar qual a influência das emoções na componente física do ser humano, lutando contra uma corrente conservadora da área da investigação científica, desafiando mentalidades e desbravando caminhos até aqui desconhecidos.

Seguindo esta linha de pensamento, propusemo-nos realizar um estudo que pudesse responder à questão: existem factores de risco social que influenciam a experiência de dor nos doentes oncológicos e que correlação se observa entre esses factores. No caso de se apurar a existência de uma correlação significativa, este estudo traria um contributo importante para as práticas dos profissionais de serviço social (e dos técnicos de saúde em geral) na medida em que, para além de uma maior sensibilização e de um maior alerta para esta temática, abriria portas para aprofundar e investigar outros temas nesta área.

Ao iniciar este estudo começámos por proceder a uma pesquisa bibliográfica de diversas fontes sobre este tema: indicadores de risco social e experiência de dor no doente oncológico. Não tendo sido recenseados estudos que se relacionassem directamente com o tema pretendido foram, no entanto, identificadas algumas pesquisas nas últimas décadas sobre a influência das emoções na experiência da dor física e sobre factores modificadores da percepção da dor. Iniciámos então o estudo tendo como ponto de partida as conclusões destas pesquisas.

Na fundamentação teórica partimos da concepção dos modelos de saúde e da sua evolução no tempo, de modo a demonstrar a própria evolução das mentalidades no campo científico, considerando desde o Homem máquina, Homem corpo, Homem biológico, até ao Homem global integrando todas as dimensões da sua vida, incluindo as dimensões mental, psicológica, espiritual e cultural, ou seja, o Homem holístico.

De seguida foi feita uma breve abordagem da evolução do conceito de saúde e da preocupação que entretanto começou a existir relativamente ao estudo e análise dos determinantes sociais na saúde.

Como um dos focos deste trabalho é a dor, foram referenciados alguns conceitos de Dor, junto com uma análise das suas dimensões e do sofrimento que esta inflige à pessoa. Enquadrámos também, neste âmbito, alguns dos factores que poderão modificar a percepção da dor.

Numa segunda parte do trabalho descrevemos a metodologia utilizada, a análise dos resultados e as conclusões deste estudo.

1 Fundamentação teórica

1.1 Modelos conceptuais de saúde

1.1.1 Modelo Bio-Médico

Uma verdadeira revolução científica deu-se a partir do século XVII, onde se encontram as raízes da ciência e da medicina moderna. A partir de uma forte influência de Francis Bacon (1561-1626), filósofo inglês, o objectivo da ciência passou a ser o domínio e o controle da natureza. A partir de Bacon, o método eleito na investigação científica, passou a ser a *observação crítica* e a *experimentação*. Bacon, Galileu, Descartes, Harvey e Newton são algumas das figuras que participaram nesta verdadeira revolução científica, utilizando este novo método de investigação, que iria ser cada vez mais aperfeiçoado ao longo dos séculos vindouros (Reis, 1998).

No século XX, e aproveitando os progressos da biologia, da física e da química, a medicina tomou uma orientação mais biológica e orientada para o corpo físico. É uma medicina que centra a sua investigação única e exclusivamente na dimensão biológica da pessoa, reduzindo-a às suas estruturas e processos físico-químicos. A doença pode ser explicada na base de desvios de variáveis biológicas mensuráveis. Os índices biológicos constituem o único critério para a definição de doença. Nasce o modelo bio-médico (Costa, 2013).

Este modelo teve na sua origem a teoria mecanicista do Universo, proposta por Descartes, Galileu e Newton. O Homem é visto como um sistema mecânico (semelhante ao Universo), como uma máquina funcionante que adoece porque a máquina ou uma das suas peças está avariada.

De acordo com o modelo bio-médico, a doença é uma condição ou coisa abstracta, que é independente do comportamento social ou da personalidade (Reis, 1998).

Todos os factores sociais, psicológicos, ambientais, não são sequer considerados como eventuais agentes que possam influenciar a doença ou o corpo doente. Todos estes factores são negligenciados pois as análises ou as ressonâncias magnéticas ou outros meios de diagnóstico não os captam, não são visíveis, não são objectivos nem podem ser mensurados.

Neste modelo, o médico assume um papel paternalista, assumindo que ele próprio é que sabe o que é o melhor para o doente, não deixando que este tome qualquer atitude de decisão sobre o seu próprio processo terapêutico. O médico adopta uma posição que visa corrigir e dizer o que o doente tem ou não tem de fazer ou pensar, considerando qualquer tipo de opinião da parte deste como redundante ou mesmo supérfluo. Imagina-o incompetente e incapaz de chegar a uma compreensão adequada dos problemas que o afectam. A participação do doente é praticamente nula, tendo um papel passivo e submisso diante do médico que representa a autoridade, sendo atendido de forma estandardizada, sem ter em conta a sua individualidade. Aliás, o doente passivo e obediente que acata todas as decisões médicas sem nada questionar é considerado como sendo “um bom doente”, ao contrário daquele que coloca dúvidas, que quer ter acesso à informação e que tem uma atitude mais activa (Reis, 1998).

Os técnicos de saúde distanciam-se tentando resolver os problemas de forma racional, valorizando os aspectos objectivos e desvalorizando a subjectividade e o sentimento do doente sobre a sua experiência de doença e as consequências na sua vida. O profissional de

saúde foge de se confrontar com o seu próprio sofrimento, com o seu próprio medo, evitando o sofrimento e a dor do doente e sua família.

Segundo Reis, este modelo reducionista e mecanicista tem sido fortemente criticado e encontra-se em crise, dando lugar a outro tipo de modelos mais humanizados, considerando a pessoa doente muito mais do que um corpo físico. A pessoa doente faz parte de todo um sistema que engloba as dimensões social, familiar, profissional, psicológico, espiritual e ambiental que se interligam e influenciam mutuamente, influenciando também o estado de saúde ou de doença (Reis, 1998). No entanto, e embora já se tenha dado início a algumas alterações de mentalidades, estas realizam-se lentamente ao longo do tempo existindo ainda, nos dias de hoje, uma prevalência do modelo bio-médico fortemente enraizado na classe médica.

Recordando Cassel (1991) “...os corpos não sofrem mas as pessoas sofrem”. A dimensão pessoal e subjectiva da doença é parte integrante da pessoa. A doença tem necessariamente implicações na vida familiar, profissional, financeira, nos diferentes papéis que a pessoa desempenha na sociedade e na família.

O processo terapêutico envolve muito mais do que um tratamento biológico, cirúrgico ou físico-químico. Um novo paradigma deve introduzir a pessoa nesta dimensão global, subjectiva, que é o Ser Humano. Deste modo, este movimento crítico do modelo bio-médico, deu origem a outros modelos, nomeadamente ao modelo biopsicossocial e ao modelo holístico.

1.1.2 Modelo Psicossomático

Define-se “psicossomático como a manifestação de um problema emocional num distúrbio físico...” (Signet, 1985). Baseia-se na ideia que o corpo e o espírito não podem ser divididos e que os métodos físicos, bem como os métodos mentais, devem ser utilizados no estudo e no tratamento das doenças. Este modelo foi introduzido no século XX, com o nascimento da Medicina Psicossomática.

O seu objecto de estudo é a influência dos factores psicológicos no estado físico, ou seja, a identificação das causas psicológicas das doenças. Segundo este modelo, a perturbação física envolve factores emocionais e psicológicos assim como a perturbação emocional (conflitos psicológicos) pode levar à doença somática.

No entanto, também este modelo é reducionista uma vez que se limita às relações psicofisiológicas, excluindo a dimensão social e outras dimensões. Este modelo, que se centrou muito no estudo das causas psicológicas das doenças físicas, negligenciou o estudo de dois aspectos fundamentais: a influência do estado físico na dimensão psicológica ou emocional e a influência dos factores psicológicos na promoção da saúde e na prevenção da doença (Reis, 1998).

Neste âmbito, na década de setenta, Engel, psiquiatra americano, propôs uma alteração deste modelo psicossomático pelo modelo biopsicossocial, onde já seriam integradas as variáveis sociais.

1.1.3 Modelo Biopsicossocial

Neste modelo, apresentado por Engels em 1977, a doença é vista como o resultado da interligação e da interacção de mecanismos orgânicos, interpessoais e ambientais. Deste modo, garante-se uma visão holística do Homem integrando as suas relações, o seu estado psicológico e emocional e também o estado biológico, onde a maioria das doenças se manifesta. Assim, o modelo BIO (biológico), PSICO (psicológico – envolvendo pensamentos, emoções e comportamentos) e SOCIAL engloba as diferentes dimensões do Homem, dentro de uma visão holística do SER, considerando-o, não como uma máquina funcionante, mas um Homem único e individual que tem uma vida, um contexto pessoal e que tem relações (Costa, 2013).

Engels refere que as fronteiras entre a saúde e doença, entre bem-estar e mal-estar estão longe de serem claras uma vez que poderão ser disseminadas tanto por considerações culturais, como sociais e psicológicas (Reis, 1998).

Este é um modelo que nos dá uma base para que se possam estudar e identificar factores, sejam eles sociais e/ou psicológicos, que possam levar as pessoas a adoecerem, auxiliando a explicar a diversidade da expressão da dor, incluindo as consequências psicossociais. Marquez considera que o modelo biopsicossocial abrange os factores fisiológicos, psicológicos e sociais que poderão perpetuar e agravar as manifestações clínicas (Marquez, 2011).

Segundo González Rey, *“a saúde é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistémica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis”* (Rey, 2004: p.1). Deste

modo, “na saúde combinam-se estreitamente factores genéticos, congénitos, somato-funcionais, sociais e psicológicos” (Rey, 2004: p.2).

No entanto, também este modelo, apesar de ser mais abrangente e ter uma concepção mais global do processo de doença e de saúde, não deixa de ter as suas fragilidades. Tal como nos modelos anteriores, a pessoa doente não tem um papel activo e participativo durante o processo terapêutico, negligenciando-se a sua autonomia. É o médico ou o terapeuta quem controla de forma directiva e inquestionável, quem avalia as crenças, as significações e interpretações do próprio paciente sobre o seu estado de saúde, interpretando estas informações sem confrontar a pessoa com as suas próprias concepções do seu estado de saúde/doença e sobre todo o processo terapêutico. Neste modelo, a pessoa limita-se a ser um mero espectador dos diversos procedimentos clínicos, impostos pelo médico, continuando assim a ser considerado como um elemento passivo, sem direito à sua autonomia, sem direito de decisão e participação no seu processo de tratamento (Reis, 1998).

1.2 Modelo Holístico

O termo *holismo* surgiu pela primeira vez em 1926 no livro “Holism and Evolution”, de Jan Smuts. (Reis, 1998), (Teixeira, 1996). Holismo deriva do grego *hólos* (total, totalidade), (Reis, 1998).

O modelo holístico defende que, não só a doença influencia o indivíduo, como todas as dimensões da vida onde ele se encontra inserido: dimensão social (isolamento, preconceito, expectativas da sociedade e do meio cultural, redes de suporte...), dimensão económica (absentismo, desemprego, falta de rendimentos...), dimensão familiar (alteração de papéis,

conflitos, suporte familiar...), dimensão psicológica (medos, expectativas, reacções emocionais, processos cognitivos, interpretação das percepções...), dimensão espiritual (sentido da vida, esperança, o porquê da dor...). Ou seja, a pessoa e o seu ambiente são um sistema inseparável, em que as várias dimensões se interrelacionam e se influenciam mutuamente. Deste modo, os factores físicos, mentais, psicológicos, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, eles coexistem enquanto componentes de uma unidade que é o Ser Humano enquanto Pessoa (Teixeira, 1996).

A medicina holística apoia-se em algumas posições:

- a pessoa e o seu ambiente constituem um todo. Assim sendo, a doença afecta esta unidade e não um aspecto particular, ou uma das dimensões da mesma,
- a definição de saúde está de acordo com parâmetros subjectivos, experienciais e idiossincráticos, pelo que a definição de saúde é “um estado de bem-estar subjectivo que permite à pessoa alcançar os seus objectivos pessoais no âmbito de um determinado contexto sócio-cultural”(Reis, 1998),
- a responsabilidade última pelo estado de saúde pertence a cada pessoa, tornando-se responsável pelos seus comportamentos e atitudes, escolhas e opções,
- a educação da pessoa doente é parte integrante dos cuidados de saúde. O papel do médico deve ser o de facilitador ou auxiliar que dá todas as possíveis informações à pessoa doente sobre o seu processo de tratamento e de cura. Ao compreender melhor os factores que influenciam o seu estado de doença ou de saúde, o paciente tem participação activa no seu processo de cura, mobilizando e

estimulando todos os seus recursos e aptidões. Com a participação activa da pessoa é possível maximizar os efeitos positivos do processo terapêutico,

- a relação terapeuta/paciente é igualitária e recíproca já que ambos partilham as tomadas de decisão relativas a todo o processo terapêutico.

Para além de uma visão sistémica, o modelo holístico envolve também uma postura transdisciplinar.

É um modelo muito voltado para a valorização dos cuidados humanizados ao doente e à família/cuidador sendo baseado na relação de ajuda e tendo como objectivo o cuidar do outro através de atitudes de atenção, de escuta, de empatia, de compreensão, de respeito, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa, atendendo sempre à liberdade, aos interesses e às necessidades, respeitando sempre a sua identidade, ajudando a conduzir a pessoa ao seu bem-estar. Leonardo Boff, cujas reflexões se estendem no âmbito da Ética², Ecologia e Espiritualidade, acrescenta ainda as atitudes de responsabilização e envolvimento afectivo com o ser cuidado. Boff reforça esta dimensão da *ética do cuidado* dizendo que “o cuidado é uma relação amorosa, cuidadosa e protectora com a realidade, anulando as desconfianças e conferindo sossego e paz a quem o recebe.” (Boff, 2002: p.3)

À *ética do cuidado* o mesmo autor acrescenta a *ética da responsabilidade* que se norteia pelo princípio: “Aja de tal maneira que a sua acção não seja destrutiva mas sim benevolente.” (Boff, 1999) e a *solidariedade* que é o elo que abraça esta tríade de valores.

²Ética é um conjunto de valores e princípios, de inspirações e indicações que valem para toda a humanidade. Os princípios de solidariedade universal e de respeito pelo outro.

A solidariedade, segundo Boff, é “o patamar mínimo para alcançar um comportamento humanitário, isto é, tratando humanamente os seres humanos...” (Boff, 1999)

Deste modo, vemos que, para este autor, as dimensões da amorosidade, do cuidado, da generosidade e da solidariedade são os pilares de um modelo holístico do cuidado (*care*) que tem por objectivo a valorização dos cuidados humanizados ao doente e à família/cuidador.

Para este modelo a doença pode ser considerada uma oportunidade para o crescimento pessoal. A experiência de doença poderá ser utilizada criativamente para a reavaliação dos objectivos e valores pessoais.

1.2 Determinantes sociais na saúde

O conceito de saúde foi alterando ao longo dos tempos juntamente com as exigências e o desenvolvimento da humanidade.

Desde o conceito de saúde da Antiguidade que tinha a ver com o sobrenatural, a magia, posteriormente também com a religião, passando depois para um conceito de “*ausência de doença*” no século XIX, seguiu-se que, em 1948, nascia um organismo sanitário internacional, a O.M.S. (Organização Mundial de Saúde) que preconizava como sendo saúde “*o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”(OMS, 1948).

Neste momento, uma resolução da 101ª sessão da Assembleia Mundial de Saúde propôs uma modificação do conceito de saúde da O.M.S. para *um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social*, introduzindo assim a dimensão “espiritual” como sendo um dos factores determinantes da saúde.

Estudar e identificar factores que possam levar as pessoas a adoecer, sejam eles sociais, económicos, culturais, psicológicos e comportamentais é um dos objectivos da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais na Saúde (CNDSS, 2012).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (criada em 2005 pela O.M.S.), os Determinantes Sociais na Saúde são *“os factores sociais, económicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas da saúde e seus factores de risco na população”* (Buss & Filho, 2007: p.78).

Virchow, um destacado cientista, entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social” (Buss & Filho, 2007: p.78).

No entanto, não é fácil o estudo das relações entre os determinantes sociais e a saúde uma vez que não existe uma relação directa de causa-efeito.

Existem diversas abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os Determinantes Sociais da Saúde provocam desigualdades na saúde:

- 1 Análise de factores físico-materiais, sendo que as diferenças de rendimentos influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimento em saneamento, habitação, serviços de saúde, educação, transporte, etc..
- 2 Análise de factores psicossociais, sendo que a percepção das desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde provocam stress e prejuízos à saúde.
- 3 Análise de factores relacionais entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da rede de vínculos e associações entre

indivíduos e grupos. Esta análise identifica as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos como um importante mecanismo que influencia a saúde.

Identificamos já, deste modo, uma abertura e uma evolução das mentalidades preocupadas, não só com o homem físico, com o corpo/biológico, mas também com o Ser Humano integral no seu contexto social e ambiental. Abrem-se, assim, as portas a novos estudos e a novas pesquisas fundamentais para uma melhor compreensão da saúde e da doença, tanto ao nível físico, como ao nível da mente.

1.2.1 Risco social

O desejo de uma melhor compreensão dos factores determinantes geradores da saúde e da doença, leva-nos a considerar o conceito de risco. Este conceito remete-nos para a probabilidade ou para a possibilidade da ocorrência de eventos futuros que poderão ser minimizados, localizados e evitados, mas não podem ser dissipados (Areosa, 2008). Segundo Urteaga e Eizagirre “Risco é uma incerteza quantificada, antecipando um potencial efeito não desejado, susceptível de nascer de um acontecimento ou de uma série de circunstâncias, mesmo que constitua apenas uma eventualidade.” (Urteaga & Eizagirre, 2013, p. 148).

A incerteza é, na realidade, uma das dimensões do risco pois a possibilidade de acontecer poderá, ou não, tornar-se uma realidade (Areosa, 2008). No entanto, este conceito traz também associada uma dimensão da produção de segurança e de controle uma vez que tem, como condição, a antecipação e a minimização, ou o evitamento, dos malefícios inerentes desse risco (Urteaga & Eizagirre, 2013).

Esta noção de risco é multidimensional e transversal a diversas áreas do conhecimento, sendo uma questão social, política, económica, jurídica e ética.

No campo das ciências sociais, o debate sobre a teoria de “risco social” nasce na segunda metade da década de 80. E é precisamente, neste período, que é incorporado ao conceito de “risco social” a teoria da possibilidade de ocorrência de eventos futuros, os quais poderão vir a ser devidamente controlados, se antecipados. Isto leva-nos a afirmar que as acções preventivas estão relacionadas com o risco.

Por vezes as palavras “risco social” e “vulnerabilidade social” são utilizadas como sinónimos.

No entanto, (Janczura, 2012) faz uma distinção entre elas:

- vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas susceptibilidades ao stress, às predisposições ou mesmo respostas pouco adequadas a desordens ou a consequências negativas; refere-se à situação fragilizada de indivíduos;
- risco implica a iminência de um perigo, mas também a possibilidade de, no futuro próximo, ocorrer perda de qualidade de vida pela ausência da acção preventiva (Janczura, 2012); refere-se à situação de grupos.

Apesar destes conceitos não serem sinónimos, existe uma relação estreita entre eles. A vulnerabilidade poderá ser entendida como consequência da existência de situações de risco (Janczura, 2012).

1.3 Conceptualização da Dor

A compreensão dos conceitos sobre a dor é fundamental para o estabelecimento de estratégias visando o controlo e prevenção das queixas algicas.

Num artigo sobre a dor e os seus aspectos multidimensionais, Marquez referencia algumas definições de dor, de diversos autores. Assim, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor *“Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual actual, potencial, ou descrita em termos de tal lesão.”* (Marquez, 2011, p. 28)

Twycross sintetiza este conceito referindo que a dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo *humor* do paciente, pela *moral* do paciente e pelo *significado* que a dor assume para o paciente e, por isso mesmo, devido a esta subjectividade do conceito de dor, ele defende que: *“Dor é aquilo que o doente refere como tal”* (Twycross, 2001).

Marquez recorda Margo McCaffery, uma das enfermeiras pioneiras na área da dor, que tem uma visão idêntica, tendo introduzido a ideia de experiência individual e pessoal: *“Dor é aquilo que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir”* (Marquez, 2011, p. 28).

Ferreira adopta um conceito mais abrangente de dor, englobando as áreas física, psicossocial e emocional, considerando que a: *“Dor é a consciência de uma sensação nociceptiva³, induzida por estímulos químicos ou físicos, de origem exógena ou endógena, assim como por disfunções psicológicas, tendo como base um mecanismo biopsicossocial, causando emoções normalmente desagradáveis, com possibilidades de variáveis graus de comportamentos aversivos”* (Marquez, 2011, p. 28).

A dor pode, deste modo, deixar de ser apenas um sintoma de um problema físico, para se tornar na própria doença (Diniz, 2012).

De acordo com a sua duração, a dor pode classificar-se como:

³Nocicepção: toda a dor é sentida como resultado de um impulso que percorre os nervos. Nocicepção é o processo neural no qual o estímulo que pode despertar a dor é detectado pelo sistema de nervos.

Dor aguda

Considerada uma dor fisiológica, essencial como sinal de alerta, crucial para a sobrevivência.

Tem duração limitada no tempo e cessa com a resolução da causa da dor.

Dor crónica

Ao contrário da dor aguda, esta não tem a finalidade biológica de sinal de alerta e de sobrevivência. É considerada pela medicina actual como uma doença.

A dor crónica é definida por ser persistente ou recorrente, de duração superior a 3 meses.

1.4 Factores modificadores da percepção da dor

“A dor não surge apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência da alma, que reside no coração”. Platão

Sabe-se hoje que a dor é uma experiência subjectiva e multifactorial envolvendo, para além dos aspectos físicos, também aspectos emocionais e cognitivos, podendo sofrer influência de factores de ordem psicológica e cultural (Bernacchio, Contin, & Mori, 2005).

Pereira confirma a influência na experiência de dor dos doentes de factores como a ansiedade, medo, stress espiritual e psicossocial (Pereira, 2010). Efectivamente, existem estudos realizados no âmbito da psiconeuroimunologia⁴ indicando que os estados depressivos, stress psicológico ou falta de controlo pessoal afectam, em maior ou menor grau, o funcionamento do sistema imunológico, afectando o estado de saúde. Factores

⁴Psiconeuroimunologia é a disciplina científica reconhecida na década de 80 que concebe os sistemas imunológico, nervoso e endócrino em interacção, influenciando-se reciprocamente. Antes destas pesquisas que Robert Ader e outros levaram a bom termo, na década de 70, o sistema imunitário era considerado independente e sem qualquer relação com os sistemas nervoso e endócrino.

psicológicos e emocionais influenciam quer a susceptibilidade à doença, quer a recuperação da doença.

Cicely Saunders (1968), pioneira dos cuidados paliativos, referia-se à *Dor Total* devido à natureza multidimensional da dor.

Por isso mesmo, o tratamento do doente com dor crónica representa um desafio intelectual e emocional. A maioria dos doentes com doença oncológica avançada sofre de dor crónica. É frequentemente uma dor severa o que torna difícil o seu tratamento adequado, devido à complexidade dos múltiplos factores intervenientes. (Bernacchio, Contin, & Mori, 2005)

Segundo estes mesmos autores, a dor poderá ter diversas causas como:

- o envolvimento directo do tumor nos vários órgãos que causam dor;
- o tratamento oncológico (cirurgia, radioterapia, quimioterapia);
- ansiedade. Este factor influencia a resposta pessoal à dor porque afecta a capacidade de tolerância e a capacidade de lidar com a dor;
- experiências anteriores do indivíduo em relação à dor condicionam a sua vivência e a sua percepção no momento presente;
- cultura e religião de cada indivíduo influenciam o significado atribuído à dor existindo religiões que vêem a dor como uma punição para os males dos indivíduos e existem culturas que vêem a manifestação da dor como expressão de fraqueza.

Deste modo, no estudo destes autores sobre os factores modificadores da percepção da dor, concluiu-se que o género, a raça, a religião, a depressão, a raiva, a tristeza, a angústia, o

stress, as alterações negativas do humor, são factores que parecem provocar alterações no sistema neurológico, imunológico e endócrino.

A componente emocional é, sem dúvida, um factor de extrema importância na modificação da percepção da dor no indivíduo. Se a pessoa doente se encontra calma e confiante, a experiência de dor poderá ser minimizada, se estiver excitada, agitada, ansiosa ou angustiada, a experiência de dor poderá ser maximizada. Deste modo, o efeito das tensões emocionais sobre a dor, o sofrimento e o comportamento deverá ser sempre considerado quando se avalia a experiência dolorosa. Assim sendo, “cada vez mais os factores emocionais influenciarão os pacientes, sendo necessária uma nova forma de abordagem em relação ao tratamento dos pacientes com queixa de dor.” (Bernacchio, Contin, & Mori, 2005, p. 632).

Na mesma linha de pensamento, Pimenta & Portnoi (1999) concordam que os aspectos sensoriais, emocionais, afectivos e sócio-culturais encontram-se interligados de modo indissociável, na apreciação do fenómeno algico. Segundo os autores “a apreciação da dor é uma experiência subjectiva que não resulta apenas das características da lesão tecidual” (Pimenta & Portnoi, 1999, p. 2)

1.4.1 Dor e cultura

A dor foi considerada como uma emoção⁵ por Aristóteles e como uma sensação⁶ por Descartes. Platão e Aristóteles acreditavam que a dor era sentida no coração, como uma

⁵Reacção global, intensa e breve do organismo a uma situação inesperada, acompanhada de um estado afectivo e tonalidade penosa ou agradável (Dicionário Larousse de Psicologia)

⁶Impressão sensorial. É essencialmente um processo biológico, uma reacção específica do aparelho receptor aos estímulos do meio. Reacção biológica ligada ao psiquismo, a sensação tem por função essencial fazer-nos conhecer o mundo exterior e manter-nos vigilantes (Dicionário Larousse de Psicologia)

paixão da alma, como um estado de sentimento, como uma experiência oposta ao prazer. Estas concepções perduraram durante toda a Idade Média (Pimenta & Portnoi, 1999, p. 1).

Durante muito tempo a dor foi considerada apenas como um mecanismo de protecção do organismo. Hoje em dia, a dor já é reconhecida mais como uma experiência⁷ do que como uma sensação.

Apesar da dor ser uma experiência individual, ela poderá ser comunicada e compartilhada através de comportamentos manifestos:

- motores (retorcer-se, esgares, etc.)
- verbais (gritar, gemer, queixar-se, etc.)
- sociais (retracção do contracto social, alteração no desempenho de papéis, etc.)
- ausência de comportamento manifesto (ocultando ou suprimindo sinais de dor extrema)

Na apreciação dos fenómenos álgicos, os aspectos físicos/sensoriais, afectivos, sócio-culturais (sentimentos de controle da dor), cognitivos e comportamentais (limitações funcionais, capacidade da pessoa se abstrair da sensação de dor) estão interligados de modo indissociável.

⁷ Aquilo que o indivíduo percebe, sente, pensa... é subjectivo e nem sempre exprimível verbalmente. Ao nível empírico, o termo designa o conjunto das informações que o organismo recebe através dos seus sentidos, do universo que o rodeia (Doron & Parot, 2001)

A percepção⁸ da experiência dolorosa pode ser influenciada: pela memória, expectativas, emoções, condições sócio-económicas, pensamentos, contexto cultural, sinais vitais/história clínica e estratégias de enfrentamento.

O processo de socialização⁹ é essencial ao desenvolvimento de crenças, atitudes e comportamentos relativos à dor (Pimenta & Portnoi, 1999)

A presença de modelos pode influenciar os limiares de dor ou seja, pessoas que tenham tido, no seu percurso de vida, modelos tolerantes à dor, aceitam melhor a dor e têm uma maior tolerância à dor do que outros que eventualmente tenham tido modelos intolerantes à dor ou mesmo que não tenham tido qualquer modelo de referência.

Na actualidade, muitas vezes o homem encara a dor com uma série de conceitos complexos, entre eles os de conotação religiosa, sentimentos de culpa e de expiação, que dificultam uma abordagem para o controlo algico e aumentam o sofrimento. (Marquez, 2011)

Neste sentido, a atitude integradora de cuidados é uma tentativa que tem em conta a cultura da pessoa doente que influencia necessariamente os seus comportamentos perante a doença.

No seu artigo, Marquez cita Foucault (1980) que considera o corpo como um reflexo social, dizendo que é impossível atribuir a este mesmo corpo (no seu comportamento) processos

⁸Conduta psicológica complexa através da qual um indivíduo organiza as suas sensações e toma conhecimento do real (Dicionário Larousse de Psicologia).

Função de captação de informação dos acontecimentos do meio exterior, ou do meio interno, pela via dos mecanismos sensoriais (Doron & Parot, 2001).

⁹Processo pelo qual os indivíduos integram as normas, os códigos de conduta, os valores, etc., da sociedade onde pertencem. Para Pierre_Bourdieu, a socialização efectua-se através de *habitus* de classe. Distinguem-se duas formas de socialização: a primária e a secundária. A primária efectua-se na infância, no meio da família. A criança adquire a sua linguagem, as suas referências culturais principais, o seu *habitus* social. A secundária desenvolve-se a partir da adolescência. A socialização escolar, profissional e política são processos mais voluntários e conscientes, daí uma impressão menos forte (Dortier, 2006).

exclusivamente biológicos. Neste sentido, Foucault considera o corpo simbólico de todo um processo social, isto é, a doença acaba por ser uma construção social sendo que as crenças sobre o significado e a importância da dor e o contexto onde ocorrem as emoções associadas acabam por afectar a sensação dolorosa. Neste âmbito, as pessoas doentes podem apresentar ansiedade, sintomas depressivos ou ainda manifestarem efeitos adversos inexplicáveis.

1.5 As dimensões da dor

Segundo Twycross, estas dimensões implicam:

- dimensão **física** da dor (sintomas da doença, efeitos secundário do tratamento, insónia e fadiga crónica)
- dimensão **psicológica** da dor (cólera pelos atrasos do diagnóstico, cólera pelo fracasso terapêutico, desfiguração, medo da dor e/ou da morte, sentimento de desprotecção)
- dimensão **social** da dor (preocupações familiares e económicas, perda do emprego, do prestígio e dos rendimentos, perda de posição social, perda do papel na família, sentimentos de abandono e isolamento)
- dimensão **espiritual** da dor (sofrimento com questões existenciais: “porque me aconteceu isto?”, “porque permite Deus que eu sofra assim?”, “de que serve tudo isto?”, “a vida tem algum significado ou finalidade?”, “poderão ser-me perdoados os meus erros passados?”)

A palavra espiritual deriva do latim “*spiritus*” que significa respiração, vento. O “espírito é que dá vida à pessoa”(Barbosa & Neto, 2010: p. 604)

Espiritualidade é uma perspectiva pessoal complexa que abrange diversas dimensões da experiência humana (perspectivas de vida, comportamentos, relações, projectos, realizações (Barbosa & Neto, 2010). É uma busca dos “*porquê?*”, dos “*para quê?*”, dos “*o que há para além disto?*”, do sentido da vida.

Segundo (Twycross, 2001), a espiritualidade não se limita a uma dimensão discreta do ser humano, mas sim à vida na sua globalidade, estando ligada ao significado e finalidade da vida, à interligação e harmonia com as outras pessoas, com a Terra e com o Universo, a uma relação com Deus/Realidade Última. É necessário observar que espiritualidade e religião não são sinónimos. Podemos não acreditar em Deus ou podemos não ter uma religião mas, ainda assim, sermos um ser espiritual. Espiritualidade é o oposto de materialidade, ou seja, uma pessoa espiritual poderá não seguir nenhum credo religioso mas acredita que existe algo mais para além da matéria. Para Drummond, a dimensão espiritual está também muito ligada a valores éticos e não à mera religiosidade (Drummond, 2011).

Twycross considera ainda que muitos pacientes necessitam de auxílio espiritual e procuram respostas:

- significado do sofrimento e da dor (“Porque tenho de sofrer? Porque me aconteceu isto?”)

- sistema de valores (“Qual o valor do dinheiro, dos bens materiais e do estatuto social?”, “O que é que a minha vida possui de valioso?”, “O que é realmente importante na vida?”)
- procura de Deus (“Existe um Deus?”, “Porque é que Deus me deixa sofrer assim?”)
- significado da vida (“Que significa a vida quando se sofre de uma doença grave?”, “Que vale tudo isto?”, “Estou incapacitado, apenas dou trabalho aos outros, para que sirvo agora?”)
- sentimentos de culpa (“Fiz muitas coisas erradas. Como poderei corrigi-las?”, “Poderei obter perdão?”)
- vida depois da morte (“Existe vida depois da morte?”, “Como é a vida depois da morte?”)

Deste modo, é claro que a dimensão da espiritualidade abrange e integra as dimensões física, psicológica e social. (Twycross, 2001)

1.6 Dor e sofrimento

Dor e sofrimento não são necessariamente sinónimos. *Dor* “é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões tecidulares reais ou prováveis, ou descrita em função de tais danos.” (IASP, 1994).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, esta é inquestionavelmente uma sensação numa parte ou partes do corpo, mas ela é também sempre desagradável e, portanto, é sempre uma experiência emocional.

Sufrimento é um estado complexo (corporal, afectivo, cognitivo, espiritual) negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação experimentada pela pessoa (como um todo) de se sentir ameaçada/destruída na integridade e/ou continuidade da sua existência, pelo sentimento de impotência para fazer face a essa ameaça e pelo esgotamento dos recursos pessoais e psicossociais que lhe permitiriam enfrentá-la. Ou seja, são 4 os fundamentos do sofrimento: a ameaça a um sentimento de continuidade existencial que a dor poderá interromper por vezes, ou a um sentimento de integridade como pessoa que vê várias dimensões da sua vida lesadas, tendo como sentimento a impotência e incapacidade para fazer frente, sobretudo quando se esgotam os recursos e se instala o desamparo.

Jaime Marquez, considera que o sofrimento representa o significado que a dor tem no curso da doença (incapacidade física, social, financeira) (Marquez, 2011).

O sofrimento é sempre vivido por pessoas, não apenas por corpos, como tal ultrapassa os aspectos físicos da doença e cada um tem dele uma percepção diferente, ou seja, o sofrimento é subjectivo pois é vivenciado de modo diverso por cada pessoa.

A dor física é a fonte mais comum de sofrimento e tem diversas conotações culturais, subjectivas, sociais, psíquicas e éticas.

O sofrimento é muito mais vasto, global, existencial. A dor e o sofrimento reforçam-se mutuamente: uma dor muito forte e persistente pode influenciar nas diversas dimensões do sofrimento e, inversamente, a ansiedade, a depressão, a solidão ou o sentimento do “não sentido de vida” podem acentuar a dor.

As diversas dimensões do sofrimento (física, psíquica, social e espiritual) interrelacionam-se e influenciam-se mutuamente, não sendo por vezes fácil distinguir umas das outras. Deverá, por isso, haver um esforço para lidar com todos os aspectos da dor e não apenas com uma das suas dimensões.

A dor pode aumentar a partir do medo, isolamento, insónia ou depressão. Um dos grandes problemas que os pacientes têm é encontrar uma linguagem adequada para expressar a sua dor, de modo a ser bem identificada e cuidada.

O sofrimento psico-sócio-espiritual pode ser sentido como uma ameaça pelo doente em relação ao sentido de vida, perda de controle, enfraquecimento em relação aos outros, uma vez que o processo de doença pode intensificar o isolamento e interromper as formas de contacto com os outros (sentimentos de impotência, desesperança e isolamento).

Um plano adequado para lidar com este tipo de sofrimento deve enfrentar esta realidade, sendo que, o remédio mais eficaz, passa pela qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e os seus cuidadores/paciente e família.

Neste âmbito, também o suporte social é imprescindível e alivia o sofrimento, podendo inclusive inibir o desenvolvimento de doenças e, quando a pessoa está doente, tem um papel muito positivo na recuperação da saúde.

Ribeiro (Ribeiro, 1999) distingue suporte social informal (inclui familiares, amigos, vizinhos) que poderão dar apoio nas actividades da vida diária, e suporte social formal (hospitais, serviços de saúde, instituições de carácter assistencial e profissionais) que facultam assistência e auxílio às pessoas necessitadas. No entanto, os aspectos *objectivos* como o

número de amigos, a frequência de contactos, a existência ou não de amigos íntimos, a quantidade e a qualidade do suporte que possam dar, pode ser diferente da *percepção* que o indivíduo tem da dimensão do suporte social efectivamente recebido. Este último refere-se ao suporte social que a pessoa percebe como disponível, caso necessite dele, e é um factor extremamente importante na redução do mal-estar, estando associado a uma melhor qualidade de vida, tornando a pessoa mais forte e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida.

A não existência de suporte social é um factor de sofrimento. Este sofrimento poderá ser a causa de mal-estar que, se for sentido pela pessoa, com bastante intensidade, poderá causar dor física, ou mesmo intensificá-la a um nível tal que a própria pessoa poderá sentir dificuldade em identificar a sua origem. Esta dor total é um factor de grande ansiedade, tanto para a pessoa que se encontra doente, como para os familiares ou cuidadores, mas também para o próprio médico que poderá sentir dificuldade em identificar a origem e a especificidade da dor experienciada, assim como a terapêutica mais adequada às necessidades.

Deste modo, o alívio da dor e dos sintomas da doença é uma contribuição poderosa para a qualidade de vida da pessoa doente.

Considerar a pessoa não somente como um corpo, não a reduzindo à biologia simplesmente, é um desafio. Uma visão holística multi, inter e transdisciplinar é imperiosa.

O ser humano é um nó de relações. Ser humano é possuir corpo, ter psiquismo e coração, é conviver com os outros, cultivar esperança e crescer em valores humanos (Pessini, 2002).

Outra autora, Helena Sobral, defende uma maior humanização na relação com a pessoa doente, tomando em consideração a sua própria individualidade, durante o processo de doença (Sobral, 2008).

McIntyre considera que “as perdas constituem uma experiência central do processo de doença .../... na medida em que pode permear algumas ou todas as dimensões da vida da pessoa doente.” (McIntyre, 2004: p. 167). Isto engloba desde as actividades mais individuais como, por exemplo, o auto-cuidado, a afectividade, o nível de energia, a auto-estima até às actividades mais sociais como sendo as relações familiares, profissão, lazer.

Ornish (1997) defende que a sobrevivência humana está ligada ao poder reparador do amor, da intimidade e dos relacionamentos, incluindo a espiritualidade como parte deste conceito de intimidade.

Vários investigadores sugerem que as intervenções de carácter espiritual ou existencial poderão proporcionar ajuda, permitindo que a pessoa possa enfrentar os seus medos e a diminuição da esperança, ajudando-a na procura de significado.

1.7 A influência das emoções negativas na dor

A experiência de dor pode levar à frustração, ansiedade e à depressão, sobretudo se esta for uma dor crónica. No entanto, o reverso é igualmente verdadeiro. Existe evidência de relação causal em que os estados de espírito negativos e emoções negativas podem levar a que a pessoa experiencie a dor ou poderá mesmo levar a exacerba-la (Saúde, A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor, 2003).

Estas descobertas resultaram de estudos realizados graças à evolução das técnicas e máquinas que permitem a descoberta do funcionamento do cérebro humano, bem como à abertura mental dos pesquisadores que, por vezes, quiseram sair da sua zona de conforto para explorar domínios desconhecidos até então. (Wiech & Tracey, 2009)

A dor não se limita às expressões neurosensitivas. A dor pode ser também uma experiência perceptiva de sofrimento, de aflição ou mágoa. A este tipo de experiência perceptiva é dado o nome de “dor da alma” ou “sofrimento emocional”.

Uma pesquisa da Universidade de Michigan, com o auxílio de Ressonância Magnética Funcional, veio demonstrar que o sofrimento emocional, se for bastante intenso, pode activar as mesmas áreas do cérebro relacionadas à dor física (Kross, Berman, Mischel, Smith, & Wager, 2011) e, como tal, produzir dor.

Os autores deste estudo tinham curiosidade em saber se a *rejeição social* tinha algo em comum com a *dor física* uma vez que, em diversas culturas do mundo inteiro utiliza-se a expressão “dor” ou “magoar” para descrever ambas as experiências. Na discussão deste mesmo estudo, os autores confirmaram a ideia de que a rejeição social *magoa* e *dói*. Chegaram à conclusão de que a rejeição social e a dor física são similares, não apenas porque ambas originam stress, mas também porque partilham uma representação comum no sistema somatosensorial cerebral. Esta descoberta sugere que o processamento somatosensorial encontra-se integrado na experiência da emoção. Deste modo, os autores deste estudo concluem que a experiência da rejeição poderá levar a diversos tipos de dores físicas. Para além disto, eles acrescentam ainda que a rejeição social costuma ser acompanhada de outras emoções como: medo, tristeza, zanga, revolta, ansiedade,

vergonha, etc., e este tipo de sentimentos, cumulativamente, dão origem a uma única experiência de “*dor social*”. Ou seja, o sofrimento produzido em resposta a uma rejeição social intensa poderá representar uma experiência emocional distinta que é unicamente associada com a dor física. Os autores referem que esta descoberta é consistente com os resultados de pesquisas que estudaram directamente a relação entre a intensidade emocional e a actividade neural (Kross, Berman, Mischel, Smith, & Wager, 2011). Aliás, as pesquisas da neurociência suportam o ponto de vista que as emoções negativas contribuem para um efeito de experiência de dor, pela pessoa.

Num outro estudo é referido que a solidão é um sentimento que gera sofrimento e que está relacionado com a ausência de percepção de relações sociais satisfatórias. Os seus autores confirmam que a solidão tem efeitos prejudiciais na saúde (Kanai, et al., 2012).

Na última década, diversas pesquisas no âmbito da relação entre a dor física e emoção demonstram que a grande dor está relacionada com o sofrimento emocional. Enquanto pesquisas psicológicas demonstram que a grande dor encontra-se relacionada com o sofrimento emocional, pesquisas sociais demonstram a importância capital da comunicação emocional, da empatia ou do distanciamento e da rejeição.

O crescimento, nestes últimos anos, de pesquisas em torno dos estados emocionais e dos seus processos como factores primordiais na experiência de dor, ajudaram a melhor compreendê-la e a reconhecer o potencial valor dos processos emocionais e das emoções primárias na dor física que a pessoa diz sentir.

Outros autores confirmam esta posição afirmando que, enquanto que a dor física pode levar a sentimentos de frustração, preocupação, ansiedade e depressão, principalmente se a dor é

de natureza crónica, a recíproca também é verdadeira, ou seja, existem evidência de relação causal em que as emoções negativas podem levar à dor física ou a exacerbá-la (Wiech & Tracey, 2009).

1.8 Consequências psicossociais da dor crónica

A dor crónica poderá traduzir-se numa crescente incapacidade originando a que a pessoa possa assumir o papel de doente em detrimento de outros papéis da vida quotidiana, variando sempre segundo a sua personalidade e condições sócio-económicas. Esta situação poderá levar ao afastamento das suas responsabilidades sociais e familiares originando reacções emocionais negativas. (Marquez, 2011)

Assim sendo, podemos concluir que a dor crónica, que se prolonga no tempo, traz não só o sofrimento físico mas afecta também outras áreas da vida da pessoa doente, assim como daqueles que a rodeiam.

A dor pode limitar ou mesmo incapacitar totalmente a capacidade para trabalhar, para nos divertirmos ou até cuidar de nós mesmos. As consequências da dor prolongada no tempo podem fazer-se sentir na área financeira, na perda de papéis familiares, sociais e profissionais, tende a fazer com que as pessoas se virem para dentro de si mesmas, isolando-se e ficando deprimidas. Poderão não ter paciência para a família e seus cuidadores, parecendo demonstrar atitudes de ingratidão, promovendo deste modo o afastamento familiar e social. O sentimento de solidão, quando a pessoa se sente incompreendida e isolada, depressa progride para um problema maior, mais grave e global, podendo chegar a uma patologia depressiva ou mesmo a ideias suicidas.

1.9 A dor como 5º sinal vital

Se antes do século XIX a dor era considerada como um fenómeno da mente, com a evolução da ciência e do conhecimento da anatomia e fisiologia do corpo humano, a dor passou a ser considerada como uma sensação específica, sendo a sua intensidade proporcional à extensão das lesões dos tecidos.

No entanto, pesquisas mais recentes têm demonstrado que a severidade da dor pode estar combinada com o efeito de uma ou mais variáveis psicológicas. Factores culturais, factores sociais, factores de personalidade e factores comportamentais podem influenciar o registo da dor, como já foi referido anteriormente.. Neste contexto, para além da dimensão física (sensação corporal) a dor tem também características reactivas/emocionais e afectivas.

A dimensão física corresponde à sensação corporal. As características reactivas/emocionais correspondem ao nível de excitação ou outras reacções perante a experiência de dor. As características afectivas, ligadas aos sentimentos, correspondem à aversão à dor, medo raiva, tristeza, etc.. (Sousa & Silva, 2005). Estes autores referem ainda a habilidade do indivíduo poder controlar a dor, encobrindo-a ou exacerbando-a.

Em 1996 a Sociedade Americana da Dor introduziu o conceito: “dor como o 5º sinal vital”, aliado aos quatro sinais vitais: frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura.

Em Portugal, em 14 de Junho de 2003, a Direcção Geral da Saúde estabeleceu como norma de boa prática o registo sistemático da intensidade da dor, elevando-a ao 5º sinal vital.

O aumento da sensibilidade dolorosa pode ser resultado de altos níveis de angústia psicológica, uma vez que factores psicológicos têm demonstrado alterar a sensibilidade da dor. (Porto & Garrafa, 2005)

Muitas das vezes não se consegue perceber uma relação directa de causa-efeito, relativamente à dor crónica. No entanto, ela existe e faz sofrer.

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor, o “alívio da dor deveria ser assumido como um dos direitos humanos fundamentais” (Programa Nacional de Controlo da Dor, 2003: p.5), de acordo com a proposta da International Association for the Study of Pain (IASP).

Dor crónica é definida por dor persistente ou recorrente de duração igual ou superior a 3 meses (IASP).

A definição de dor da IASP tem a capacidade de abranger o indivíduo na sua globalidade, chamando a atenção de que a sua abordagem deverá ser multidimensional e multidisciplinar, tendo em conta não só os aspectos sensoriais/físicos da dor como também as implicações psicológicas, sociais, profissionais, económicas, familiares e até culturais. (Saúde, A Dor como o 5º Sinal Vital, 2003)

O Programa Nacional de Controlo da Dor baseia-se nos seguintes princípios:

Subjectividade da dor

Como a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, a sua intensidade é, necessariamente, aquela que a pessoa refere.

Dor como 5º sinal vital

Apesar da dor representar um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo, ela não deve ser causa de sofrimento desnecessário.

Direito ao controlo da dor

Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada.

Dever do controlo da dor

Todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde.

Tratamento diferenciado da dor

O controlo da dor deve ser efectuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde.

2 Estudo empírico

2.2 Objectivos

Partindo do conhecimento de que alguns estudos demonstraram existir uma relação directa entre o sofrimento emocional, no caso deste ser bastante intenso, e a dor física;

Tendo igualmente em conta que sentimentos como o medo, a zanga, a tristeza, a revolta, a ansiedade (sentimentos estes vivenciados pela grande maioria dos doentes oncológicos) quando vivenciados com bastante intensidade, podem activar as mesmas áreas do cérebro relacionadas com a dor física (confirmando deste modo uma relação entre a intensidade emocional e a actividade neural);

Considerando também que as pesquisas da Neurociência confirmam que as emoções negativas contribuem para a experiência de dor física;

O presente estudo tem como **objectivo principal**:

Avaliar o impacto dos factores de risco social na experiência da dor dos doentes oncológicos seguidos na consulta de Dor do IPOFG de Lisboa.

Sendo os **objectivos específicos**:

- Averiguar se a experiência da dor é influenciada por factores de risco social.
- Averiguar se existe predominância de algum factor de risco social que afecte ou agrave a sensação de dor no doente oncológico.
- Avaliar se existe correlação entre diversos factores de risco social e a experiência da dor nos doentes oncológicos seguidos na consulta de Dor do IPOFG de Lisboa.

2.3 Questões de investigação

- Os factores de risco social afectam ou agravam a sensação de dor?
- Existirá correlação entre os factores de risco social e a experiência da dor no doente oncológico?
- Qual o factor de risco que mais afecta a experiência da dor no doente oncológico?

2.4 Amostra

A amostra é aleatória, constituída por 102 utentes seguidos na Unidade de Dor do I.P.O.L.F.G., com dor de natureza oncológica.

Os critérios de inclusão foram: ter 18 anos de idade ou mais, ambos os sexos, estarem conscientes, orientados e função cognitiva sem alterações, encontrarem-se a ser acompanhados no consulta de Dor do I.P.O.L.F.G., desejarem participar no estudo e assinarem o Consentimento Informado.

2.5 Instrumentos de avaliação

Foram utilizados dois tipos de instrumentos:

2.5.1 Questionário

Foi elaborado um instrumento que colocasse em evidência o/os factor/es de risco social que eventualmente trariam maior sofrimento, podendo exacerbar, ou não, a intensidade da dor física experimentada pelo doente oncológico.

Por isso a escolha recaiu no inquérito por questionário, com perguntas fechadas e objectivas, muito centradas no objecto de estudo. A razão desta opção foi a necessidade de obter respostas muito concretas, sem grande dispersão, uma vez que este é um primeiro

estudo exploratório, dentro de uma área que ainda não foi estudada: a correlação entre alguns factores de risco social e a experiência de dor no doente oncológico, seguido na consulta de Dor do IPOFG de Lisboa. Era necessário, portanto, uma objectividade e uma focalização nesta temática para poder obter respostas o mais precisas possíveis.

Se este primeiro estudo exploratório nos mostrar algumas evidências pertinentes, seria interessante o aprofundamento deste tema, utilizando já um instrumento de medida com base qualitativa, de modo a poder realizar um estudo muito mais enriquecedor e complexo, aferindo novas conclusões. Este é, portanto, um estudo que entreabre uma porta para novas pesquisas neste tema.

2.5.2 Escalas

Foram utilizadas as seguintes escalas para este estudo:

- escala de Dor validada para Portugal, segundo a circular normativa nº 9 de 14/06/2003 da DGS. Esta escala é uma Escala Visual Analógica (EVA) mista, uma vez que integra a escala numérica de 1 a 10 junto com a escala qualitativa (sem dor/dor ligeira/dor moderada/dor intensa/dor máxima). Nesta escala era registado o nível da dor física, percebida pelo inquirido.
- escala de performance status E.C.O.G. (Eastern Cooperative Oncology Group) de modo a obter uma avaliação do grau de mobilidade e de funcionalidade da pessoa inquirida, para poder perceber se poderia existir, ou não, alguma correlação entre um menor grau de mobilidade e de funcionalidade, com o nível de dor física percebido pelo inquirido.

- escala de Gijon, validada para Portugal por Lúcia Mourão. Esta escala é, na verdade, uma escala de avaliação do risco sócio-familiar no idoso e tem por objectivo servir de escala de avaliação da função social e de rastreio para aplicação numa população idosa, pelos profissionais, de modo a ser mais eficiente a sinalização atempada para os técnicos de serviço social. Apesar de ser uma escala validada para a população idosa, resolvemos integrá-la no questionário por diversos motivos:

- não encontramos nenhuma outra escala de avaliação do risco sócio-familiar que abrangesse uma população global;
- a maior parte da amostra inquirida na consulta de Dor do I.P.O.L.F.G. tem uma média de idades de 62 anos logo, uma população mais idosa que jovem;
- a amostra inquirida na consulta de Dor do I.P.O.L.F.G. tem uma dimensão frágil e vulnerável ao nível da saúde, com as suas consequências físicas, sociais, familiares, tal como a população idosa.

Esta escala tem uma avaliação própria e independente. Dela constam 5 itens: Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social. Em cada item a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos correspondendo o 1 à situação ideal e o 5 correspondendo à situação de indução de maior risco. A pontuação global deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens. O ponto de separação entre o “baixo risco social” e o “alto risco social” é o **valor 13**. Valores abaixo de 13 são considerados como tendo baixo risco social e valores acima de 13 são considerados como tendo alto risco social. (Mourão, 2009, 13 de Março). Esta escala foi utilizada com o intuito de perceber se haveria correlação entre um alto risco social e a percepção de dor física, no doente oncológico.

Na última questão é solicitado ao inquirido que ordene os indicadores de risco social¹⁰ descritos no questionário, de 1 a 10, sendo que o número 1 corresponde àquele indicador que lhe traria menor sofrimento emocional e o número 10 aquele que lhe traria o maior sofrimento emocional possível. Foi solicitado este tipo de ordenação, de modo a ser coerente com a ordenação da escala de dor E.V.A. que vai do 1 (sem dor), até ao 10 (dor máxima).

Os indicadores de risco social utilizados foram:

- 1 – Ausência de cuidador durante o dia ou em grande parte do dia
- 2 – Ausência de companhia
- 3 – Existência de outros dependentes no agregado familiar
- 4 – Menores a cargo
- 5 – Vivência de luto recente e/ou vivência de outras doenças oncológicas na família
- 6 - Rendimentos insuficientes para fazer face à doença
- 7 – Precariedade habitacional
- 8 – Barreiras na comunicação com familiares
- 9 – Sofrimento emocional¹¹
- 10 – Perda de autonomia

A escolha recaiu sobre estes dez indicadores de risco social por considerarmos serem os mais relevantes para este estudo.

¹⁰A O.M.S. no seu relatório anual de 2002 definiu “**risco**” como “a probabilidade de um resultado adverso, ou um factor que aumenta essa probabilidade”.

¹¹A dor pode ser também uma experiência perceptiva de sofrimento, de aflição ou mágoa. A este tipo de experiência perceptiva é dado o nome de “dor da alma” ou “sofrimento emocional”.

Relativamente aos indicadores 1 (ausência de cuidador durante o dia ou em grande parte do dia) e 2 (ausência de companhia), estes podem indiciar, por parte do inquirido e quando a valoração é mais elevada, a existência de sentimentos como solidão, medo, sentimento de percepção de falta de suporte social/familiar.

Os indicadores 3 (existência de outros dependentes no agregado familiar) e 4 (menores a cargo) podem indiciar a existência de sentimentos como o medo e angústia face ao futuro, relativamente a dependentes que se encontrem a seu cargo e que dependam exclusivamente dos seus cuidados e/ou dos seus recursos para sobreviver.

O indicador 5 (vivência de luto recente e/ou vivência de outras doenças oncológicas na família) podem indicar, por parte do inquirido, a existência de sentimentos de medo e de angústia resultantes da identificação da sua própria situação de doença com a situação de doença e perda de pessoas que lhe são, ou foram, muito próximas.

O indicador 6 (rendimentos insuficientes para fazer face à doença) pode indicar a existência de um sentimento de ansiedade, angústia ou mesmo desespero, face a uma situação de precaridade económica para fazer face às despesas básicas, ou mesmo à existência de dívidas, decorrentes da sua situação de doença, ou não.

O indicador 7 (precariedade habitacional) pode indiciar a existência de sofrimento relativo à falta de condições habitacionais necessárias, de modo a fazer face à higiene da pessoa doente e/ou familiares/cuidadores, mas também ao facto de não existir possibilidades de uma maior autonomia da pessoa doente (por exemplo, com cadeira de rodas) devido ao espaço físico ser exíguo.

O indicador 8 (barreiras na comunicação com familiares) pode indiciar a existência de sentimentos de solidão, sensação de não se sentir compreendido e do seu sofrimento não ser devidamente valorizado (falta de empatia por parte dos outros), sentir-se só na sua dor e no seu sofrimento.

O indicador 9 (sofrimento emocional) indica a dor emocional experienciada pelos inquiridos, na altura em que se encontravam a responder ao questionário. Segundo Bernacchio, Contin e Mori a componente emocional interfere na experiência de dor sentida pela pessoa sendo que esta poderá ser minimizada se a pessoa se sentir calma e confiante mas, pelo contrário, poderá ser maximizada caso se sinta agitada, ansiosa, angustiada, revoltada, ou com medo (Bernacchio, Contin, & Mori, 2005).

O indicador 10 (perda de autonomia) pode indicar a existência de sentimentos como a humilhação de depender de terceiros, a perda da sua dignidade, a perda de papéis ao nível familiar, social, laboral, a chamada “morte social”, o questionamento do sentido da sua vida ou da sua utilidade, como pessoa, sentindo já não servir para mais nada a não ser para dar trabalho aos outros .

Estes indicadores de risco social foram retirados do documento do Serviço Social “Critérios de Referenciação para o Serviço Social”, homologado pelo Conselho de Administração do I.P.O.L.F.G.. Nele constam os indicadores de risco social utilizados pelos assistentes sociais do I.P.O.F.G. de Lisboa, tendo também por objectivo ajudar outros profissionais a identificar eventuais situações de risco social, de modo a serem referenciadas atempadamente para o Serviço Social.

2.6 Procedimento metodológico

Todo o procedimento metodológico deste estudo iniciou-se com o pedido de autorização ao Conselho de Investigação do I.P.O.F.G. e ao Conselho de Ética, assim como à Unidade de Dor e ao Serviço Social, para a realização deste trabalho e aplicação dos inquéritos aos doentes oncológicos que eram seguidos na consulta de Dor.

Durante os meses de Março e Abril de 2013, no período da manhã, foram aplicados os inquéritos às pessoas que se encontravam a aguardar a chamada para serem atendidas, na consulta de Dor.

Este foi um processo algo complicado pois este tipo de trabalho foi realizado dentro do período de horário laboral, tendo sido muitas vezes necessário interromper a aplicação dos inquéritos para atendimento aos doentes e familiares que o solicitavam.

A abordagem às pessoas era feita da mesma forma: a nossa apresentação, a apresentação do estudo e seus objectivos, a assinatura do consentimento informado por parte daqueles que queriam participar e a entrega do inquérito que poderiam preencher enquanto aguardavam a chamada para a consulta.

A primeira parte do inquérito, a caracterização clínica, era preenchida com base no processo clínico que nos era facultado. Quanto à questão do nível da dor, era apresentada a escala de dor ao inquirido perguntando qual era, no seu dia-a-dia, o nível de dor que sentia. No caso de existirem alterações do nível de dor ao longo do dia, solicitávamos uma média. Era esse nível de dor, traduzido para a escala de dor, que era registado.

2.7 Apresentação e Análise dos Resultados

A amostra é constituída por pessoas com doença oncológica, seguidas na consulta de Dor do I.P.O.L.F.G., tendo colaborado neste estudo 102 doentes ($n= 102$), sendo que 70 são do género feminino e 32 são do género masculino.

2.7.1 Caracterização clínica da amostra

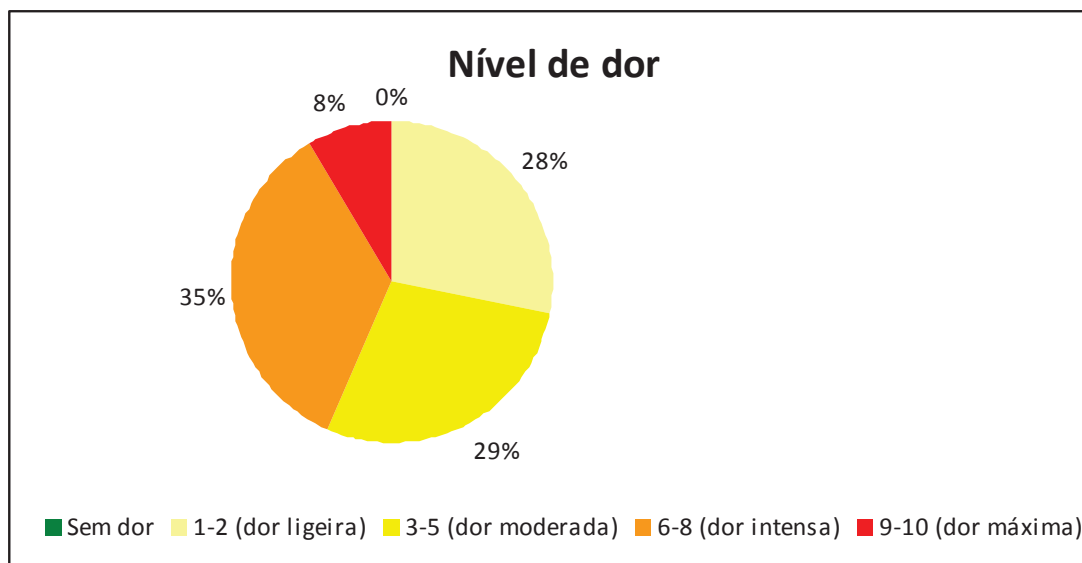


Figura 1 - Distribuição do nível de dor

Verifica-se que nenhum dos inquiridos referiu sentir “ausência de dor”. A dor intensa foi referida por 35% dos inquiridos e mais de metade da amostra referiu sentir dor ligeira a moderada. Apenas 8% revelou sofrer a dor máxima.

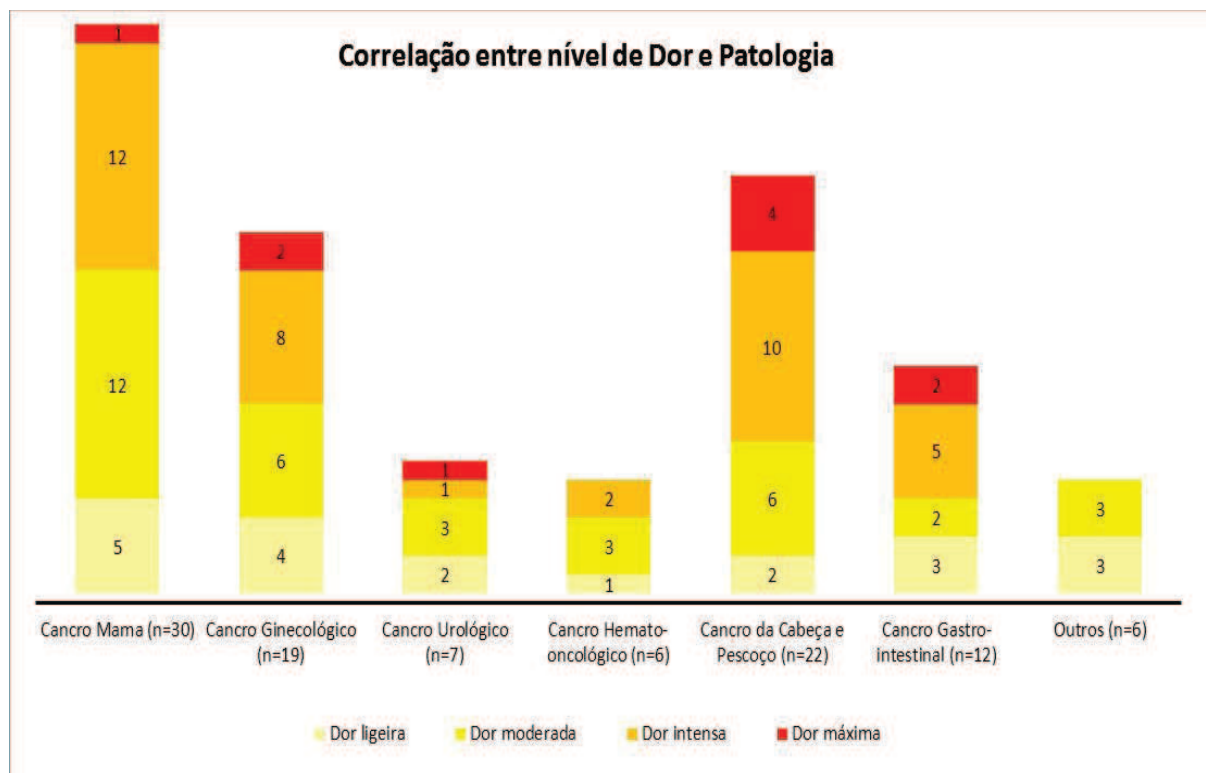


Figura 2 - Correlação entre o nível de dor e patologia

O gráfico 2 mostra a relação entre as diversas patologias dos elementos que constituíram a amostra (eixo horizontal), com o nível de dor expresso pelos inquiridos, sendo que a dor ligeira é mostrada numa cor mais clara e vai gradativamente escurecendo até atingir a dor máxima que é representada pela cor vermelha. Dentro de cada cor, que representa o nível de dor, encontra-se o número de pessoas que experienciavam esse mesmo nível.

Este gráfico revela que patologias de cancro da mama, ginecológico, cabeça-pescoço e gastro-intestinal atingem valores de dor intensa. O número de doentes com dor máxima tem maior relevância no âmbito de cancro de cabeça-pescoço/ORL.

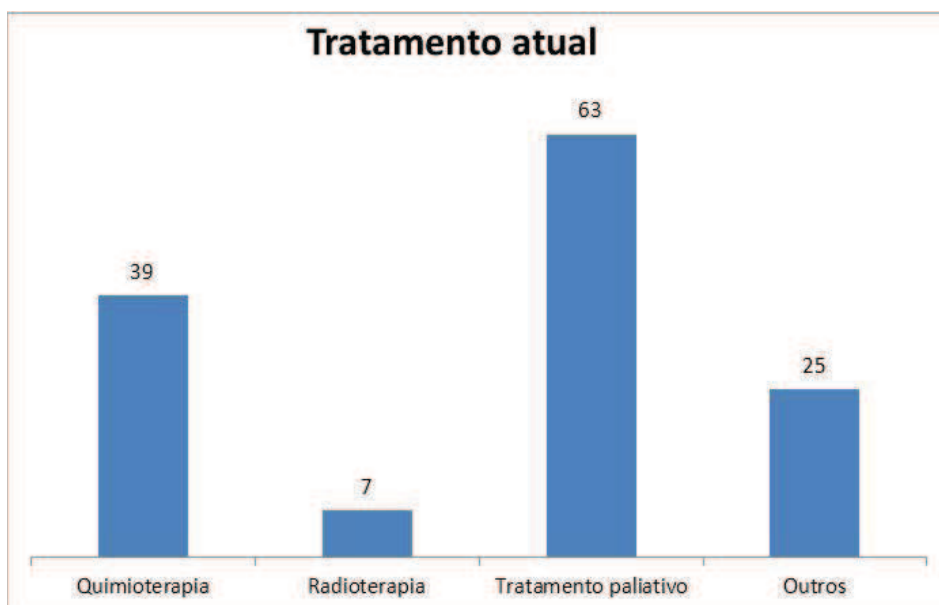


Figura 3 – Tratamento actual

Na amostra utilizada verifica-se que a maioria dos inquiridos encontra-se em fase de tratamento paliativo. Os números acima das barras correspondem ao número de inquiridos que se encontram em fase dos tratamentos descritos. Pode acrescentar-se que, em alguns casos, os tratamentos podem ser cumulativos, ou seja, elementos da amostra podem estar a fazer dois ou três tratamentos em simultâneo.

A variável “outros” refere-se a outros tratamentos não descritos neste estudo como a cirurgia, hormonoterapia, etc.. Não foi feito um levantamento exaustivo de todos os tratamentos que as pessoas estavam a fazer por não considerar relevante para o objectivo deste trabalho.

Estado Funcional ECOG

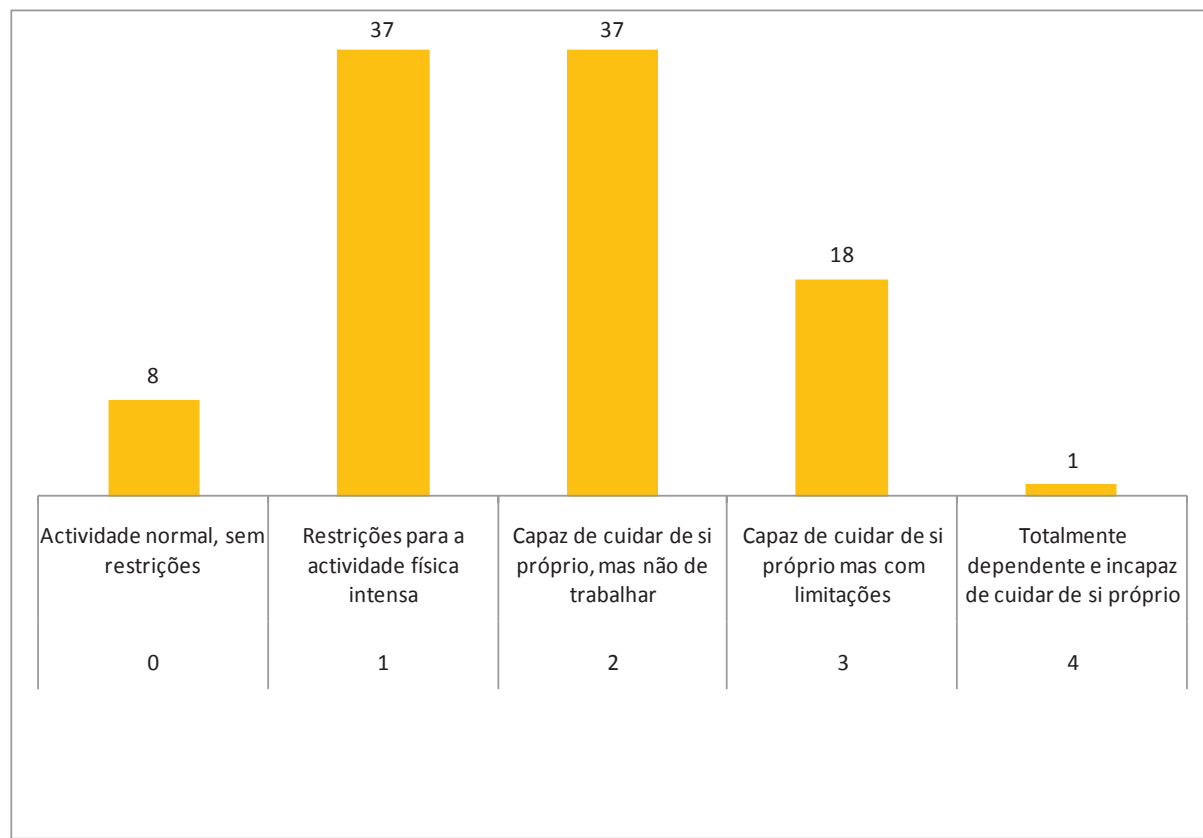


Figura 4 - Estado funcional ECOG

O estado funcional faz referência ao estado de saúde geral e às actividades da vida diária que o paciente consegue realizar. As escalas de classificação do estado funcional aplicam-se para que se possa quantificar objectivamente o estado funcional do paciente.

A valoração nesta escala vai de 0 a 4, sendo que o valor 0 corresponde a uma actividade normal e sem restrições, enquanto que o valor 4 corresponde a um estado funcional

totalmente dependente e incapaz de cuidar de si próprio, dependendo de terceiros para todas as actividades da vida diária.

Os números acima de cada barra correspondem ao número de inquiridos que escolheram essa valoração. A maioria dos participantes no nosso estudo encontravam-se autónomos: enquanto 37 consideravam existir restrições apenas para a actividade física intensa, o mesmo número considerava ser capaz de cuidar de si mesmo, mas não conseguir exercer a sua actividade profissional.

2.7.2 Caracterização sócio-demográfica da amo

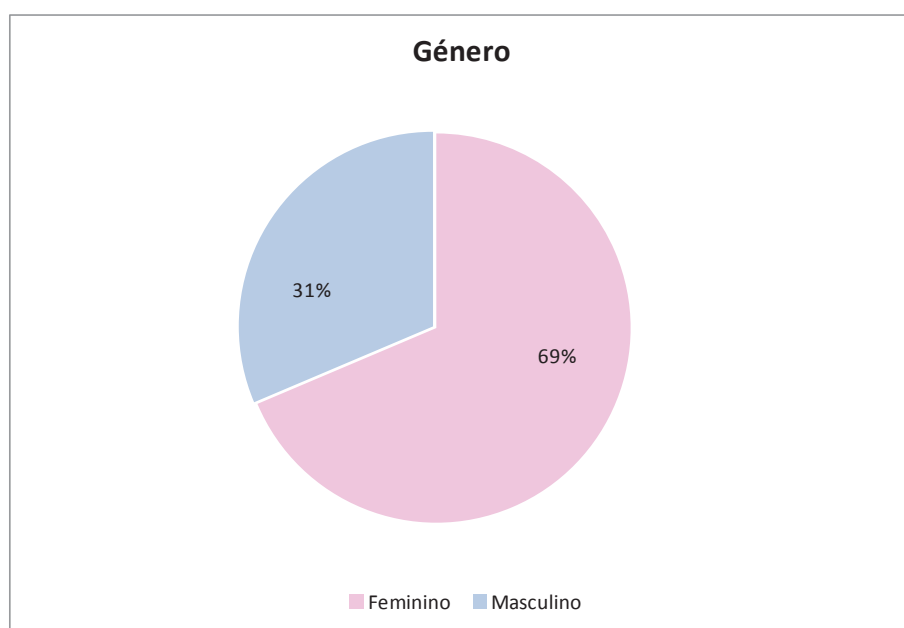


Figura 5 - Distribuição da amostra por género

Do universo da amostra 69% (correspondendo a 70 inquiridos) são do género feminino e 31% (correspondendo a 32 inquiridos) são do género masculino.

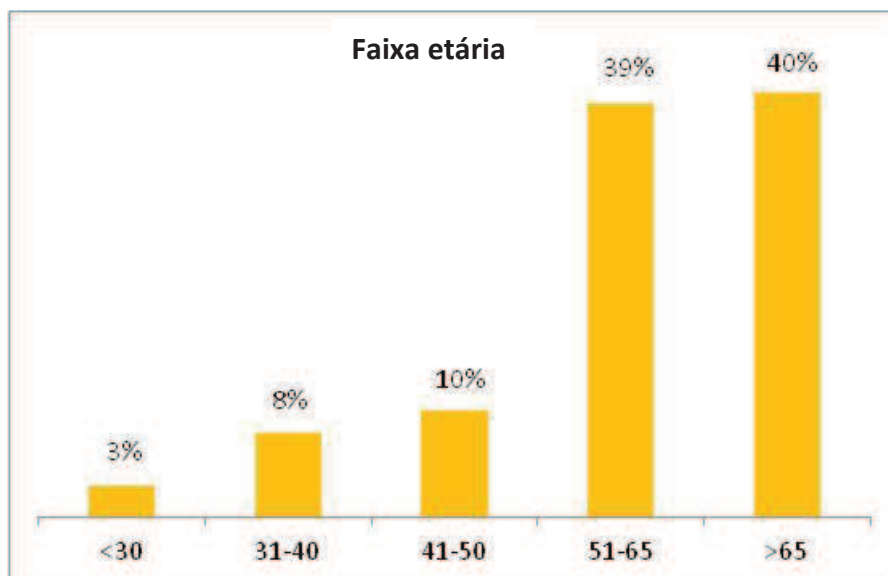


Figura 6 - Distribuição da amostra por faixa etária

A amostra é constituída maioritariamente por pessoas a partir da faixa etária dos 51 anos, sendo que 40% já se encontram numa faixa correspondente à idade da reforma. É de salientar este desfasamento entre a faixa etária dos 41-50 anos com apenas 10% dos inquiridos, para as faixas etárias seguintes (a partir dos 51 anos de idade) com uma variação bastante relevante.

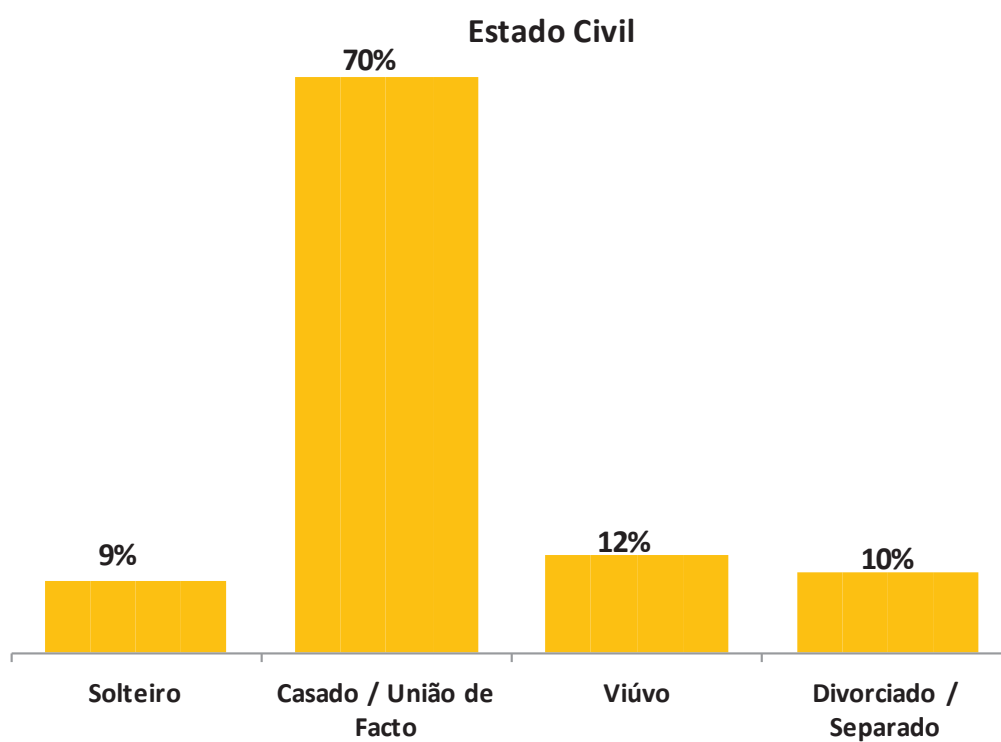


Figura 7 - Distribuição da amostra por estado civil

A grande percentagem dos inquiridos é casado ou vive em união de facto (70%) levando-nos a crer que possam estar acompanhados e ter, provavelmente, apoio.

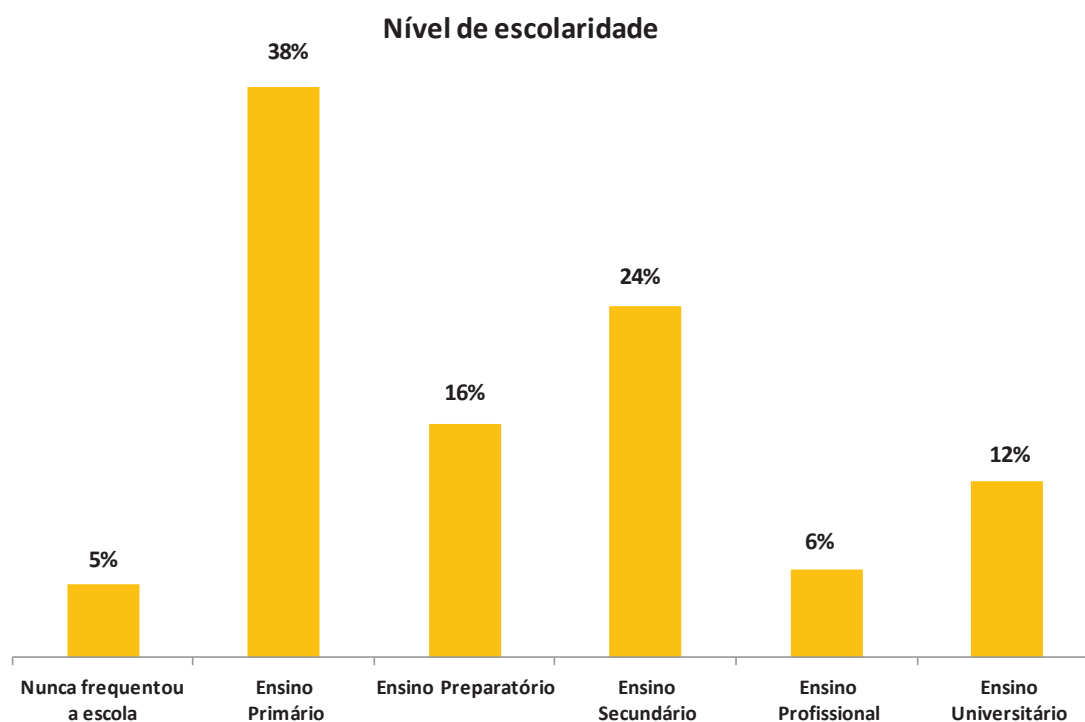


Figura 8 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Da amostra inquirida salienta-se que 38% tem uma baixa escolaridade, não tendo passado do ensino primário. Este valor deve ser tido em atenção se pensarmos na adesão à terapêutica, por exemplo, em que as pessoas devem compreender a posologia dos medicamentos e todos os procedimentos relacionados com as diversas terapêuticas. Apenas 12% dos inquiridos têm um curso superior e 24% concluíram o ensino secundário.

Com quem vive

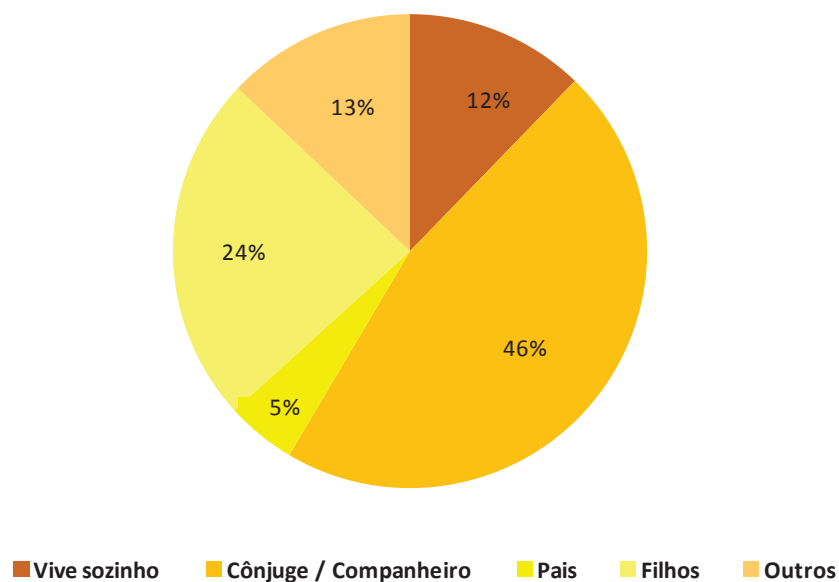


Figura 9 - Distribuição da amostra por coabitação

A maior percentagem dos inquiridos (46%) mora com o cônjuge/companheiro(a), seguindo-se uma percentagem de 24% que habita com os filhos.

Este gráfico inclui alguns inquiridos que moravam com diversos membros da família, por exemplo, com o cônjuge, filhos e netos simultaneamente, constituindo desta forma agregados familiares compostos.

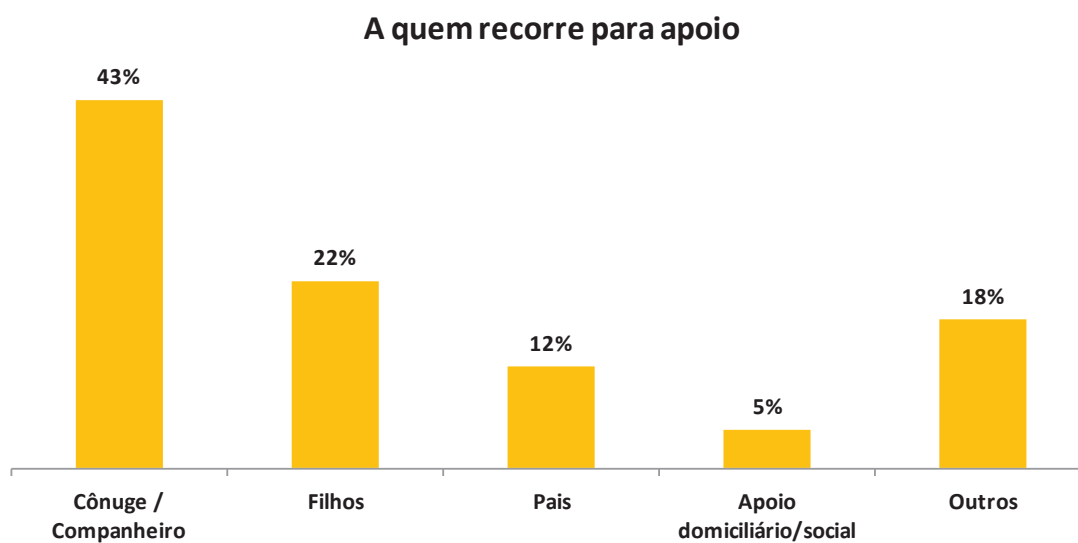


Figura 10 - Distribuição da característica “quem recorre para apoio”

Quando existe a necessidade de recorrer a algum tipo de apoio, a grande percentagem dos inquiridos (43%) recorre ao cônjuge/companheiro(a) e 22% aos filhos.

A variável “outros” corresponde a outros familiares, amigos ou então, vizinhos.

Resultados descritivos da escala de Gijon de avaliação do risco sócio-familiar

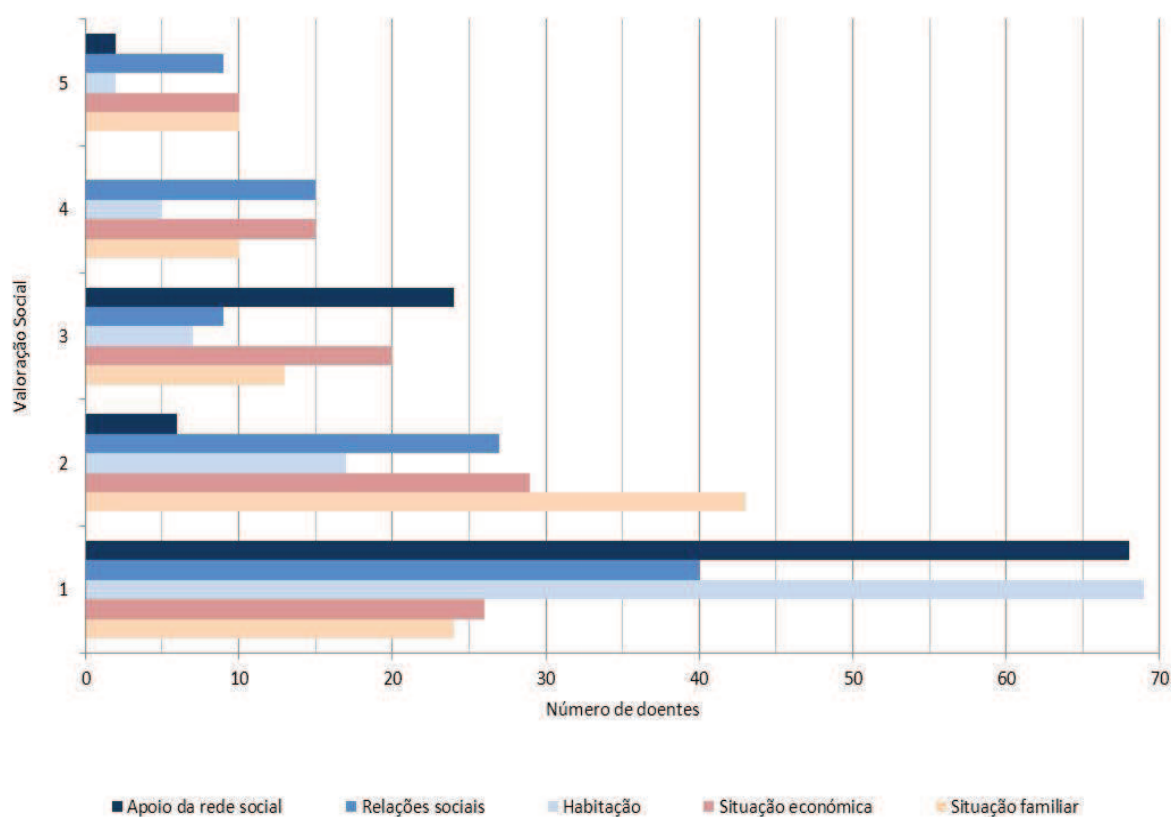


Figura 11 - Resultados descritivos da escala de Gijon de avaliação do risco sociofamiliar

No gráfico, o eixo horizontal corresponde ao número de respostas obtidas enquanto que, o eixo vertical, corresponde à valoração dada a cada variável, pelos inquiridos.

Em cada ítem a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos correspondendo o 1 à situação ideal e o 5 correspondendo à situação de indução de maior risco. A pontuação global deriva do somatório das pontuações de cada um dos ítems. O ponto de separação entre o “baixo risco social” e o “alto risco social” é o **valor 13**. Valores abaixo de 13 são considerados como

tendo baixo risco social e valores acima de 13 são considerados como tendo alto risco social.

(Mourão, 2009, 13 de Março)

Este gráfico demonstra que a nossa amostra tem um baixo risco sócio-familiar, uma vez que a maioria dos inquiridos deu uma baixa valoração às variáveis que compõem a Escala de Avaliação do Risco Sócio-Familiar de Gijón.

Com estes dados obtemos uma média do score global de 10,3, ficando abaixo do ponto de corte (valor 13).

O conceito de risco remete para a noção de carência, exclusão e vulnerabilidade, como já citado anteriormente. Quando as pessoas não dispõem de recursos materiais e imateriais (recursos internos, psicológicos, de resiliência) para enfrentar com sucesso os riscos a que se encontram submetidas ficam mais vulneráveis e susceptíveis a respostas e consequências negativas. É de extrema importância esta avaliação do risco social pois dá-nos a possibilidade de antecipar, minimizar ou mesmo evitar ocorrências negativas para a pessoa que se encontra doente. Neste caso, a maioria dos nossos inquiridos tem um baixo risco social, demonstrando possuírem recursos suficientes internos (capacidade de resiliência, recursos de enfrentamento psicológicos, percepção de apoio positiva) e externos (apoio social/institucional e/ou familiar) para enfrentar situações geradoras de sofrimento.

Gráfico descritivo dos itens que compõem a escala de Gijon

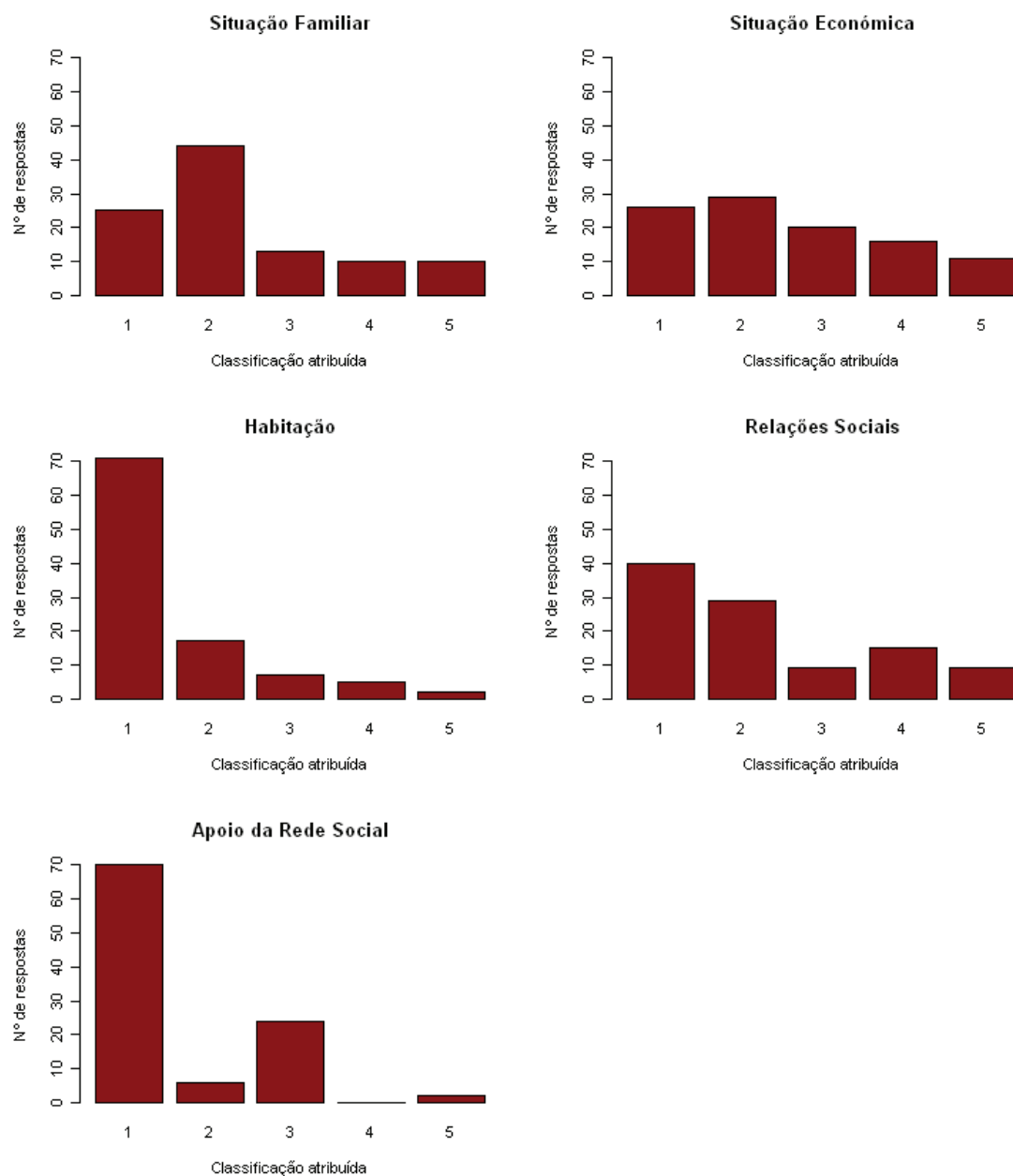


Figura 12 Gráfico descritivo dos itens que compõem a escala de Gijon

Os gráficos descritivos das variáveis que constituem a escala de Gijon são claros quanto ao grau de valoração percebido e expresso pela nossa amostra.

Quanto à situação familiar, este gráfico vem confirmar os dados que nos são transmitidos no gráfico “Com quem vive”, na caracterização sócio-demográfica e indica-nos que a maioria dos inquiridos mora com o cônjuge.

No que concerne à situação económica, o gráfico é bastante equilibrado, sem variações abruptas, revelando-nos uma distribuição mais equitativa dos inquiridos pelas diversas valorações. Isto indica que os inquiridos têm rendimentos tão variáveis que vão desde “mais de dois salários mínimos” (valor do salário mínimo em 2013 – 485 euros)), até “sem rendimentos ou inferiores à pensão social”. No entanto, a maior parte situa-se na valoração 1 e 2, correspondendo a uma situação de rendimentos que vão desde “mais de dois salários mínimos” até “... um salário mínimo”.

A maioria da nossa amostra tem uma habitação adequada às suas necessidades.

No âmbito das relações sociais dos nossos inquiridos, a maioria tem contactos sociais variados, não apenas com a família mas também com amigos, colegas e conhecidos, saindo do seu domicílio com a finalidade de conviver. Outra percentagem dos inquiridos, ligeiramente abaixo, refere conviver apenas com a família e com os vizinhos. Apenas uma pequena percentagem não sai do domicílio nem recebe visitas, ficando mais isolada.

O último gráfico indica-nos o apoio percebido pelos inquiridos, da rede social. É relevante e positivo que a grande maioria sinta ter o apoio da família ou dos vizinhos. Uma vez mais, este dado vem corroborar a informação descrita na caracterização sócio-demográfica da amostra, nos gráficos “Situação familiar” e “Com quem vive” que nos informa que a maioria dos nossos inquiridos vivem com o cônjuge.

Gráficos descritivos dos indicadores de risco social e da dor experienciada

Nos gráficos seguintes, o eixo vertical corresponde ao número de respostas dadas pelos inquiridos, enquanto que o eixo horizontal corresponde à classificação atribuída por eles ao grau de sofrimento sentido, em cada indicador de risco social.

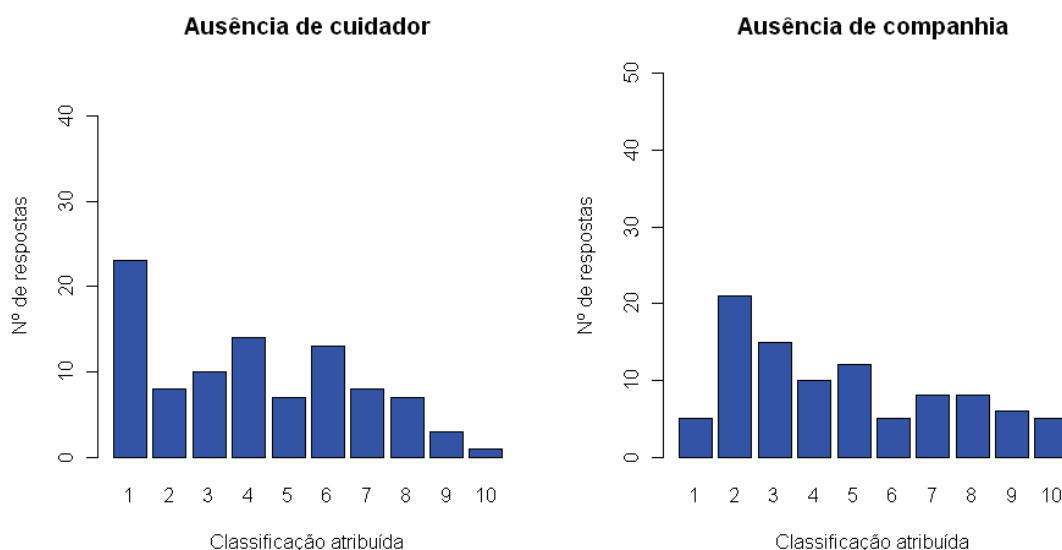


Figura 13 Indicadores de risco “Ausência de cuidador” e “Ausência de companhia”

No gráfico correspondente ao indicador “Ausência de cuidador”, a valoração dada pela nossa amostra ao sofrimento sentido mostra que a maioria não experiencia grande dor emocional. Esta informação confirma os dados dos gráficos, na caracterização sócio-demográfica, que nos informam que a maior parte dos inquiridos vive com o cônjuge e/ou filhos, recorrendo a estes quando necessitam de apoio, assim como recorrem também aos vizinhos e ao apoio institucional.

No gráfico seguinte nota-se uma ligeira alteração, existindo um pequeno aumento do número de respostas com uma valoração do sofrimento atingindo as notas máximas (de 9 e 10). Na realidade, as pessoas que integraram a nossa amostra, mostraram ser a “ausência de

companhia”, um factor que lhes traz muito sofrimento. O número baixo de respostas, uma vez mais, está de acordo com a nossa caracterização sócio-demográfica, que nos indica uma menor prevalência de pessoas a viverem sozinhas.

No entanto, o sofrimento causado pela ausência de companhia traduz-se em sentimento de solidão. Segundo Neto (Neto, 1989) “A solidão não é simplesmente o que se sente quando se está sozinho.”, acrescentado que este sentimento é muito mais complexo do que aquele conceito simplista. O mesmo autor refere ainda que: “ A solidão é o sentimento aflitivo que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”. No estudo de Neto sobre a avaliação da solidão, ele refere que este tipo de sentimento aparece muito ligado a uma ampla gama de problemas sociais e individuais, como o alcoolismo, o suicídio, a doença física e a sobreutilização dos serviços de saúde.

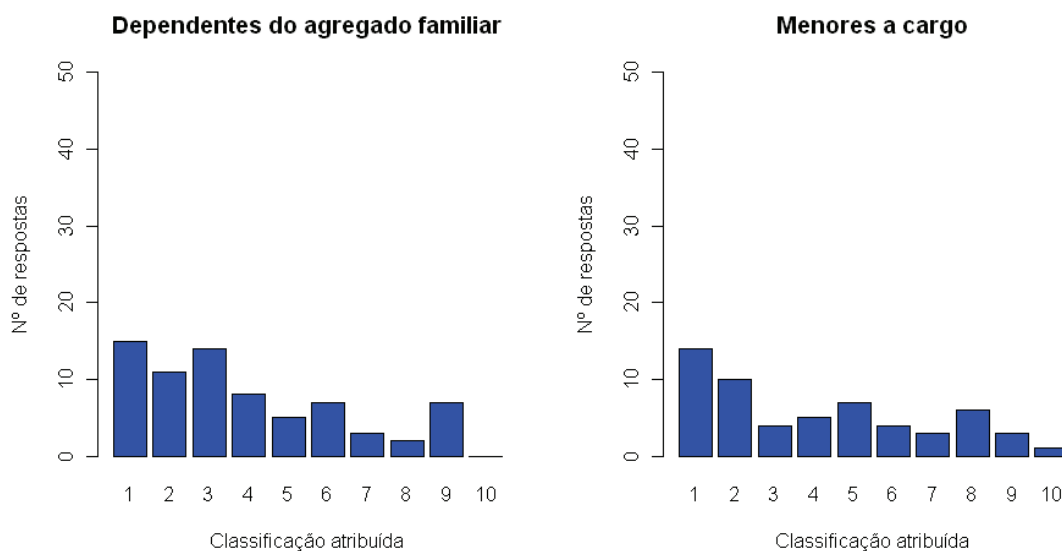


Figura 14 Indicadores de risco “Dependentes” e “Menores a cargo”

A variável “Dependentes” refere-se a todo e qualquer dependente pertencente ao agregado familiar do inquirido, seja ele adulto ou menor de idade. O gráfico mostra-nos uma amostra em que a maioria não experiencia grande sofrimento, ou mesmo nenhum, relativamente a dependentes que se encontrem a seu cargo. Apesar disso, existe um valor isolado, com grande intensidade de dor emocional (9), para um número de inquiridos que se destaca. Podemos, eventualmente, inferir que corresponde ao número reduzido de pessoas doentes que constituem a nossa amostra, e que se encontram numa faixa etária mais jovem e com filhos menores. A sua situação de doença, com eventuais limitações, e a incerteza do prognóstico, favorece um estado de enorme sofrimento emocional quanto aos cuidados e protecção futura dos mesmos.

No gráfico seguinte referente ao indicador de risco “Menores a cargo” salienta-se um número muito pequeno de inquiridos que classificaram este indicador com uma valoração máxima de dor emocional experienciada. Esta informação está de acordo com o número da amostra que se encontra abaixo da faixa etária dos 51-65 anos, correspondente à idade fértil e em que ainda têm menores a seu cargo.

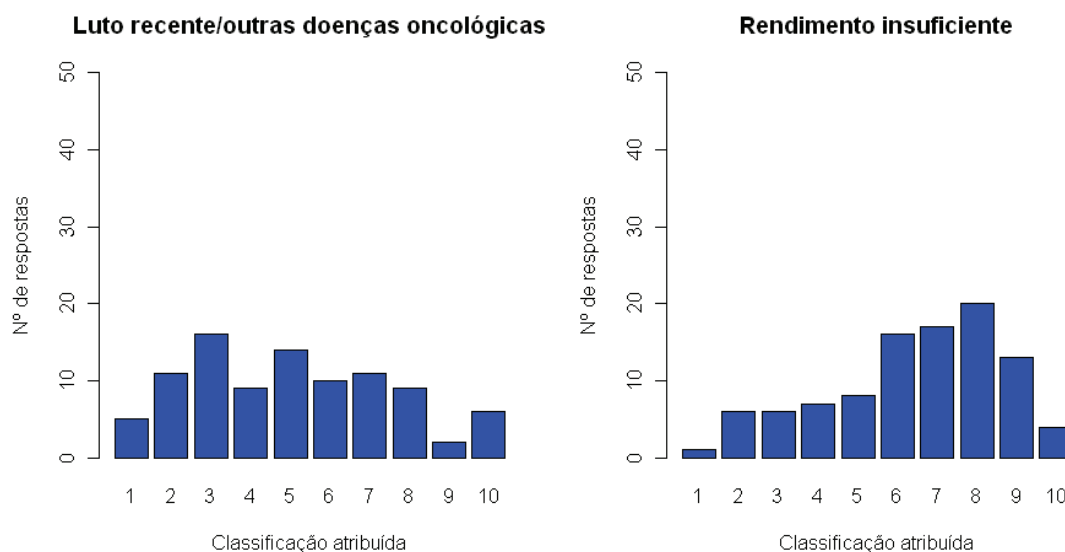


Figura 15 Indicadores de risco “Luto recente /outras doenças” e “Rendimento insuficiente”

No primeiro gráfico relativo ao indicador de risco social “Luto recente/outras doenças oncológicas”, quisemos saber até que ponto é que uma destas eventualidades, no caso de terem acontecido com o inquirido recentemente, ou de estarem a acontecer no momento, com alguém que lhe fosse próximo, seria um factor de sofrimento. Nota-se um gráfico equilibrado e sem grandes alterações na valoração, indicando que a nossa amostra passou por estes acontecimentos, mais recentemente ou mais distanciada no tempo, justificando a distribuição da classificação do sofrimento, ao longo da escala.

O gráfico seguinte traduz um sofrimento elevado por falta de rendimentos suficientes para fazer face às despesas decorrentes da situação de doença, ou mesmo às despesas básicas do quotidiano.

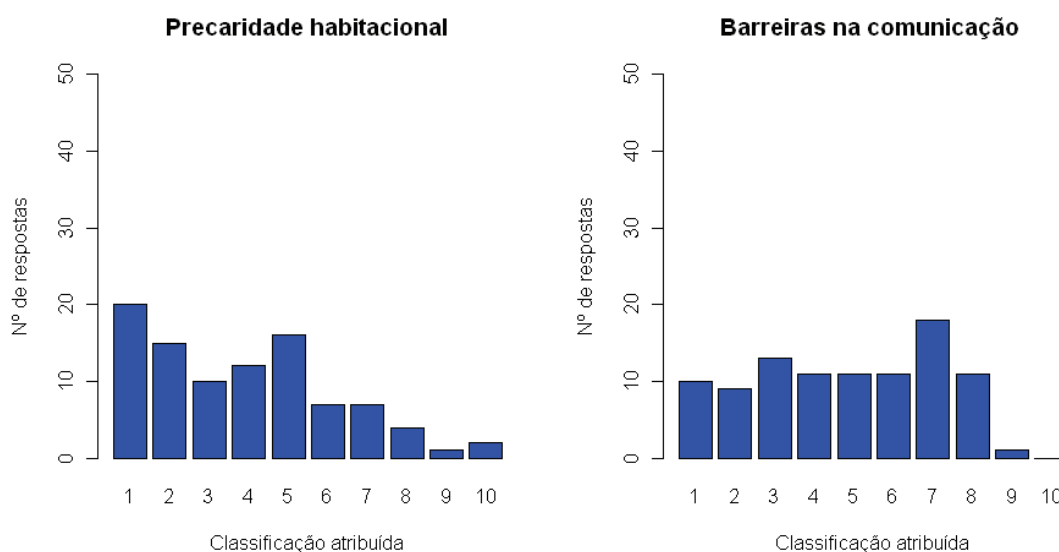


Figura 16 Indicadores de risco “Precaridade habitacional” e “Barreiras na comunicação”

Relativamente ao indicador social “Precaridade habitacional”, a nossa amostra não revela sentir sofrimento intenso com as condições habitacionais, revelando antes ter as condições básicas necessárias e adequadas de habitabilidade.

Quanto ao indicador “Barreiras na comunicação”, quisemos perceber até que ponto é que existiam barreiras na comunicação com os outros (familiares, amigos, vizinhos, etc.) e o quanto é que seria causa de sofrimento. Estas barreiras na comunicação podiam ser físicas (por exemplo, os laringectomizados), psicológicas ou relacionais (auto-estima, sentir que os outros não compreendem aquilo que expressam, não é valorizado o que se sente, etc.). Na verdade, este gráfico é bastante homogéneo no que se refere à valoração atribuída pelos inquiridos, relativamente ao sofrimento experimentado quanto a este indicador. Curiosamente, as valorações máximas de sofrimento de 9 e de 10, são praticamente irrelevantes.

Para além destes dados, sentimos curiosidade em saber se os doentes com patologias de cabeça e pescoço, dado que muitos deles têm dificuldades na comunicação (devido a laringectomias e outras barreiras), se eventualmente experienciariam um grau maior de dor. Para isso, foram isolados os inquiridos com patologias de tumores de cabeça e pescoço, num total de 19, e foi feita a comparação com outros doentes com outro tipo de patologia, relacionado ao item 8 – “Barreiras na comunicação com familiares”.

Análise do subgrupo de doentes com Cancro da Cabeça e Pescoço (n=19): estudo descritivo quanto ao factor de risco Comunicação (Item-8)

Tabela 1. Estudo descritivo do factor de risco “Barreiras na comunicação com familiares” no subgrupo de 19 doentes com tumores da cabeça e pescoço

Item	Classificação atribuída a cada item ¹ (n)											Mediana	Média	DesvPad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NA			
8	2	1	2	4	3	2	4	1	0	0	0	5,0	4,68	2,08

¹Classificação com valores mais baixos significa menor sofrimento/dor e valores mais altos maior sofrimento/dor

Foi feita a comparação “ entre os doentes com tumores da cabeça e pescoço e os doentes com outros tumores quanto à classificação atribuída ao factor risco “Barreiras na comunicação com familiares” como fonte de sofrimento emocional. Para tal foi usado o teste não paramétrico *Wilcoxonranksum* com correcção de continuidade tendo-se obtido um p-value de 0,7963. Assim, face aos dados, não há evidência de que os doentes com tumores da cabeça e pescoço sejam diferentes dos doentes com outras doenças oncológicas quanto à importância atribuída às barreiras comunicacionais como fonte de sofrimento emocional.

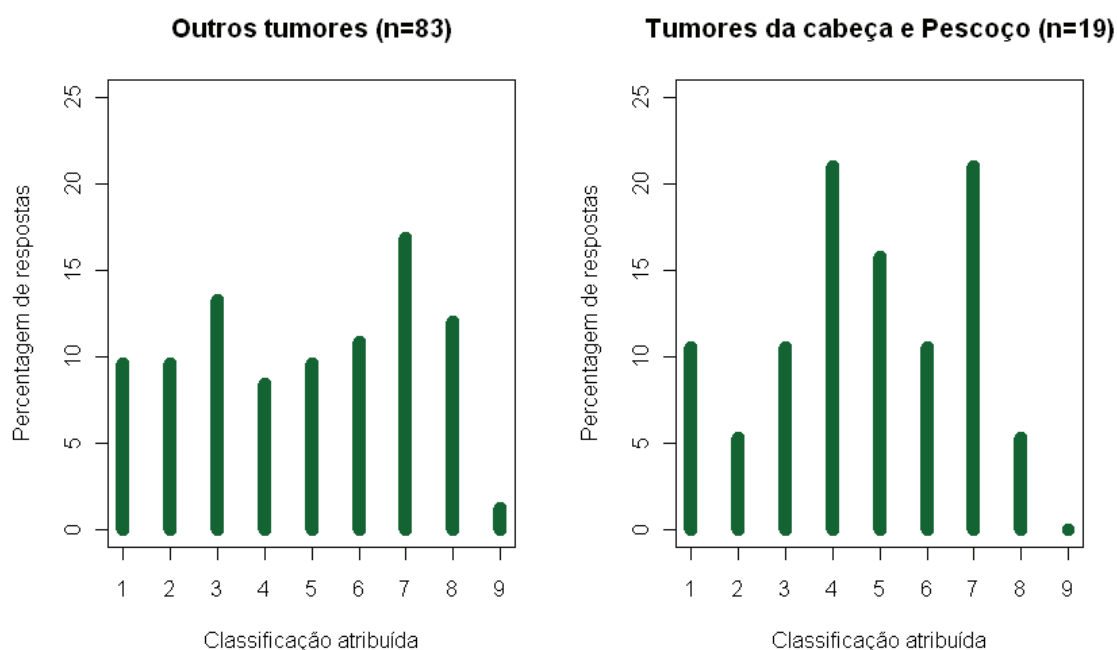


Figura 17 Indicadores de risco “Outros tumores” e “Tumores da cabeça e pescoço”

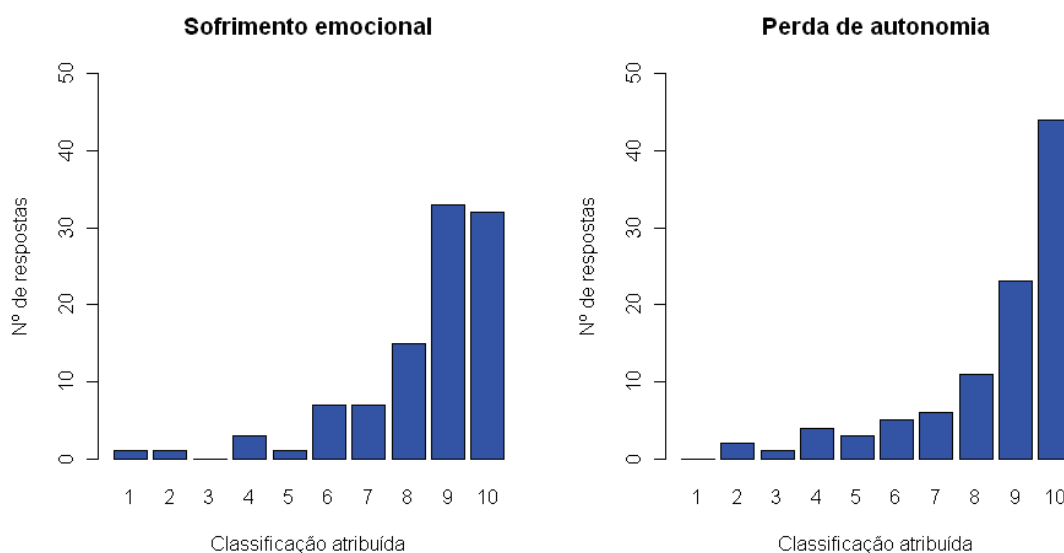


Figura 18 Indicadores de risco “Sofrimento emocional” e “Perda de autonomia”

Estes dois gráficos, correspondentes respectivamente aos indicadores “Sofrimento emocional” e “Perda de autonomia” são, claramente, os dois indicadores que trazem maior dor e sofrimento aos inquiridos. Este sofrimento é devido, sobretudo, à percepção e experiência da própria deteriorização física, resultante do processo e da evolução da doença, à perda progressiva das capacidades funcionais, à perda e alteração de papéis no âmbito familiar e social, a um sentimento de solidão, de zanga, de revolta e de impotência face a esta situação.

Alguns fundamentos mais importantes do sofrimento são: o sentimento de impotência, de incapacidade para fazer frente às adversidades, à doença, ao aproximar da morte física, assim como o sentimento de esgotamento dos recursos e o sentimento de grande desamparo.

Estas permissas são, quase na sua totalidade, aquelas sentidas pelos nossos inquiridos, daí a elevada valoração referente ao “Sofrimento emocional”

Avaliação da correlação entre indicadores de risco social e a experiência de dor

A avaliação da correlação entre os scores dos vários indicadores testados foi feita com recurso ao coeficiente de correlação de SpearmanRank (dado que se trata de variáveis quantitativas discretas).

Tabela 2. Correlação entre indicadores de risco social e experiência de dor

Correlação avaliada	Coeficiente SpearmanRank	p-value	p-valueadj*	n
Score Global Gijon vs Dor	0,19	0,0596	0,2185	102
Item 1-Cuidador vs Dor	0,25	0,0134	0,1474	94
Item 2-Companhia vs Dor	0,14	0,1850	0,5088	95
Item 3-Dependentes vs Dor	-0,04	0,7269	0,9402	72
Item 4-Menores vs Dor	-0,02	0,8629	0,9402	57
Item 5-Luto/Doença vs Dor	-0,21	0,0395	0,2173	93
Item 6-Rendimentos vs Dor	0,11	0,2680	0,5896	98
Item 7-Habitação vs Dor	0,01	0,9402	0,9402	94
Item 8-Comunicação vs Dor	-0,06	0,5679	0,8924	95
Item 9-Sofrimento vs Dor	0,01	0,9155	0,9402	100
Item 10-Autonomia vs Dor	0,07	0,5130	0,8924	99

*P-value ajustado para comparações múltiplas

Os resultados mostram claramente que não existe qualquer correlação entre os indicadores de risco social estudados e a experiência de dor do doente oncológico, seguido na consulta de Dor do I.P.O.L.F.G..

Em dois dos indicadores: Cuidador vs Dor que obteve um P-value de 0,0134 e Luto/Doença vs Dor que obteve um P-value de 0,0395, sugerindo uma associação entre estas variáveis e a experiência de Dor, foi refutada esta conclusão através do P-Value ajustado que confirma e inexistência de qualquer tipo de associação.

3 Conclusões

Este trabalho é o culminar de um estudo que pretende dar resposta a uma questão relevante na área da saúde, nomeadamente, na área da oncologia. Será que os factores de risco social podem fazer exacerbar a dor física, no doente oncológico? Ou não têm qualquer influência na sua experiência de dor?

Da pesquisa bibliográfica consultada, salientamos os seguintes pontos:

- a) o conceito de Dor comporta diversas dimensões (dimensão psicológica, social, espiritual), para além da dor meramente física, constituindo “uma experiência sensorial e emocional desagradável”;
- b) o sofrimento é um estado de mal estar emocional, de angústia, de aflição, de sentimento de impotência e de incapacidade para fazer face a uma adversidade;
- c) a dor física e o sofrimento emocional influenciam-se mutuamente. As emoções negativas podem levar a que a pessoa experiencie dor física, ou pode mesmo exacerbá-la. Estudos realizados na última década revelam que existe uma relação directa causal entre emoções negativas e a experiência de dor física. Ou seja, o sofrimento emocional influencia a dor física, quando aquele é bastante intenso.

Partindo dos resultados destas pesquisas foi efectuado um estudo com os doentes seguidos na consulta de Dor do I.P.O. de Lisboa, de modo a responder às questões colocadas através das questões de investigação:

- Os factores de risco social afectam ou agravam a sensação de dor?

- Existirá correlação entre os factores de risco social e a experiência de dor no doente oncológico?

A conclusão deste estudo revela a inexistência de correlação estatística entre os vários indicadores de risco social (que são acompanhados muitas vezes da dor emocional, em maior ou menor grau) e a experiência de dor física, no doente oncológico seguido na consulta de Dor do IPOLFG.

- Qual o factor de risco que mais afecta a experiência de dor no doente oncológico?

No entanto, existem dados relevantes referentes aos indicadores de risco social: “Sofrimento emocional” e “Perda de autonomia”. Destes dois resultados podemos inferir que os inquiridos sentem um alto grau de sofrimento emocional, decorrente da situação de doença e de todas as suas consequências. A perda de capacidades físicas, a perda/alteração de papéis dentro da família e no âmbito social que até ao início da situação de doença eram seus, a dependência de outras pessoas, a perda laboral e consequências para a economia familiar, as novas perspectivas de vida (ou a falta delas), as novas necessidades, a falta de recursos internos (para saber enfrentar e ultrapassar esta adversidade da doença), assim como externos (percepção do tipo de apoio que tem, ou a falta dele, as relações familiares e sociais), o enfrentar a perspectiva da morte próxima, o desespero, a falta de sentido de vida, a falta de objectivos de vida, a solidão, a falta de esperança.

Como já foi referido anteriormente, Bernacchio (2005) refere que factores como a raiva, a tristeza, as alterações negativas do humor, entre outros, parecem provocar alterações nos sistemas neurológico, imunológico e endócrino, maximizando a experiência de dor, da pessoa doente.

Este conceito é reforçado pelas pesquisas efectuadas na universidade de Michigan que chegaram à conclusão de que sentimentos como rejeição social e solidão *magoam e doem*, podendo levar a diversos tipos de dores físicas (Kross, Berman, Mischel, Smith, & Wager, 2011).

Conclui-se, portanto, que apesar deste estudo não ter evidenciado estatisticamente qualquer relação causal directa entre o sofrimento/dor emocional causada pelos diferentes indicadores de risco social e a dor física no doente oncológico, representada na Escala de Dor, a verdade é que, este mesmo trabalho, trouxe um dado relevante e uma resposta positiva a uma das perguntas de investigação. Os factores de risco que mais afectam a experiência de dor no doente oncológico, na perspectiva de dor emocional preconizada pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, são a perda de autonomia e o sofrimento emocional.

O nosso modelo teórico leva-nos a pensar que os factores de risco social são geradores de experiências emocionais negativas e, portanto, podem causar ou mesmo maximizar a experiência da dor física, na pessoa doente. No entanto, esta não foi demonstrada no nosso estudo. Quais serão, então, as razões de não termos chegado a essa conclusão?

Em primeiro lugar, uma das limitações sentidas ao realizar este estudo residiu na falta de bibliografia referente a esta temática específica (factores de risco social e sua relação com a dor física). Este obstáculo levou a que tivéssemos sentido alguma dificuldade em avançar com o trabalho, sem muitas bases. Dentro da bibliografia encontrada, existem estudos que demonstraram que as vivências emocionais negativas aumentam a experiência da dor física. No entanto, não encontramos estudos que demonstrassem o contrário, ou seja, que as

vivências emocionais negativas não fazem exacerbar a experiência de dor, podendo vir de encontro aos resultados do nosso trabalho. Esta limitação teve como consequência uma maior dificuldade em estruturar o modelo de análise daí decorrendo uma provável perda de sensibilidade às dimensões que se pretendiam estudar e testar.

Outra das limitações pode prender-se com os instrumentos utilizados. As pesquisas que confirmaram que os estados emocionais negativos provocam dor física, utilizaram como instrumento de medida a ressonância magnética funcional (R.M.F.), através do qual os pesquisadores puderam verificar, analisar e confirmar que o sofrimento emocional, quando é experienciado com bastante intensidade, pode activar as mesmas áreas do cérebro relacionadas com a dor física, produzindo dor física (Kross, Berman, Mischel, Smith, & Wager, 2011), (Kanai, Bahrami, Duchaine, Janik, Banyssi, & Rees, 2012), (Lumley, et al., 2011). No nosso estudo não foi utilizada a ressonância magnética funcional que, eventualmente, poderia trazer a este trabalho uma conclusão diferente, dada a intensidade de sofrimento relacionada com alguns dos indicadores de risco social, manifestada pelos nossos inquiridos. Na realidade, a rejeição social e a solidão (sentimento que se encontra relacionado com a ausência de percepção de relações sociais e de apoio social satisfatório) são emoções negativas que levaram à experiência da dor física, comprovadas naquelas mesmas pesquisas. Relativamente às pessoas que colaboraram no nosso estudo, elas demonstraram que a vivência destas emoções leva ao sofrimento emocional, o qual foi referido como sendo causador de grande dor. Esta dor é uma dor emocional, causadora de grande aflição e angústia. Através da aplicação do questionário não conseguimos confirmar se este tipo de dor fazia aumentar a experiência da dor física. No entanto, caso fosse utilizada uma ressonância magnética funcional neste estudo, poderíamos verificar,

objectivamente, se as áreas do cérebro relacionadas com a dor física seriam activadas mediante a experiência de dor emocional resultante das consequências de cada factor de risco social.

Ainda neste plano algumas das escalas utilizadas, e mormente a escala de Gijón, ainda que validada para o contexto português foi desenhada para outro tipo de problemática e público alvo (pessoas idosas) e pode apresentar algumas limitações na medição do risco social a doentes oncológicos.

Considera-se que seria interessante e bastante vantajoso o aprofundamento desta pesquisa, no âmbito do doente oncológico e alargando o estudo ao nível nacional, utilizando diversos instrumentos: a ressonância magnética funcional que, sendo um meio complementar de diagnóstico clínico dar-nos-ia, de imediato, o resultado da dor física experienciada pela pessoa doente, quando exposta a factores de risco social, ou face à iminência de os poder vir a vivenciar a curto prazo. Em complemento, um estudo qualitativo que nos proporcionaria uma análise mais profunda, tanto da caracterização da amostra como dos resultados obtidos na pesquisa. No estudo qualitativo, e tendo em conta a possível existência de uma escala de indicadores de risco social, deveria ser pedido aos inquiridos para classificarem, numa escala de 1 a 10, por exemplo, o quanto cada indicador lhes causa sofrimento, em vez de ordená-los a todos por grau de sofrimento. Este último método pode forçar a pessoa a optar entre um e outro indicador quando dois ou três ou mais indicadores podem ser igualmente causadores de sofrimento. Esta metodologia, permitiria igualmente uma outra abordagem ao fenómeno em estudo, de natureza compreensiva, dando conta a experiência da dor provocada pela doença oncológica na sua relação com factores de risco social.

Este estudo iria proporcionar uma maior compreensão do fenómeno trazendo aos profissionais da saúde e, em especial, aos assistentes sociais, um importante contributo para as suas práticas profissionais, com evidentes vantagens para a pessoa doente. Iria também proporcionar uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para este ponto, causador de grande sofrimento, de modo a tentar antecipar e/ou atenuar as suas consequências para a pessoa que está doente e em sofrimento.

4 Bibliografia

(CNDSS), C. N. (2012 йил 28-09). From www.determinantes.fiocruz.br

Ader, R., Felten, D. L., & Cohen, C. N. (1991). *Psychoneuroimmunology, second edition*. Academic Press.

Areosa. (2008). VI Congresso Português de Sociologia. *VI Congresso Português de Sociologia*. Lisboa.

Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL.

Bernacchio, R. M., Contin, I., & Mori, M. (2005 йил Jul/Ago/Set). Factores modificadores da percepção da dor. *Revista de Dor*, pp. 621-633.

Boff, L. (2002). *Do iceberg à Arca de Noé. O nascimento de uma ética planetária*. Brasil: Garamond.

Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*.

Buss, P. M., & Filho, A. P. (2007). A saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17, pp. 77-93.

Carvalho, C. M. (Novembro, 2012). *Serviço Social na Saúde*. PACTOR - Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

Costa, R. V. (2013 йил 29-Março). *Atenção à Saúde: Discussão sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial*. Retrieved 2013 йил 10-Maio from Psicologando Artigos: www.artigos.psicologando.com/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial

Dicionário Larousse de Psicologia. Círculo de Leitores.

Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde - Documento de discussão. (2011).

Diniz, L. (2012). Dor Crónica. In C. Ritto, F. D. Rocha, I. Costa, L. Diniz, M. B. Raposo, P. R. Pina, et al., *Manual de Dor Crónica* (pp. 89-99). Lisboa.

Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. CLIMEPSI, Ed.

Dortier, J.-F. (2006). *Dicionário das Ciências Humanas*. Lisboa: CLIMEPSI, Ed.

Drummond, J. P. (2011 йил Abril). Bioética, Dor e Sofrimento. *Ciência e Cultura*, pp. Vol. 63, nº 2.

Fernandéz, M. J., Lizana, A. G., Ramírez, A. R., & García, M. A. (2013). Trabajo Social con Pacientes Pluripatológicos Hospitalizados: Intervención Precoz en Situaciones de Riesgo Social. pp. Portularia, Vol. XIII, nº 1, pp. 67-76.

Fleck, M. P. (2012 йил 28-09). *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da O.M.S. (WHOQOL - 100): características e perspectivas de Marcelo Pio de Almeida Fleck*. From www.scielo.org/pdf/csc

IASP, I. A.

Janczura, R. (2012 йил Agosto/Dezembro). Risco ou Vulnerabilidade Social? *Textos e Contextos* , pp. Vol. II, nº 2, pp.301-308.

Kanai, R., Bahrami, B., Duchaine, B., Janik, A., Banyssi, M. J., & Rees, G. (2012 йил August). Brain Structure Links Loneliness to Social Perception. *Current Biology* .

Kross, E., Berman, M. G., Mischel, W., Smith, E. E., & Wager, T. D. (2011 йил 12-April). Social Rejection Shares Somatosensory Representations With Physical Pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States* , pp. Vol. 108, p. 6270-6276.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., et al. (2011 йил September). Pain and Emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology* , pp. Vol. 67 p. 942-968.

Marquez, J. O. (2011 йил Abril). A Dor e os Seus Aspectos Multidimensionais. *Cienc. Cult., Vol. 63, nº 2, S. Paulo* , pp. 28-32.

Martins, A. C. (2012 йил 1º semestre). Risco Social: Terminologia Adequada para a Protecção. *Em Pauta - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro* , pp. nº 29, Vol. 10, pp. 85-99.

Mourão, L. M. (2009, 13 de Março). Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social. *II Congresso Luso-Galaico em Gerontologia 2009*. Instituto Superior de Saúde do Alto Ave.

Mourão, L. M. (2008). Tese de Mestrado: "Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco Social". Universidade de Aveiro.

Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 2 , pp. 65-79.

OMS. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Genebra.

Pereira, J. L. (2010). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 73). Lisboa: Secção Editorial da Associação de Estudantes da FMUL.

Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento no contexto hospitalar. pp. 51-72.

Pimenta, C. A., & Portnoi. (1999). Dor e Cultura. In M. M. Carvalho, *Dor: um Estudo Multidisciplinar* (pp. 159-173). S. Paulo: Summus.

Pina, P. R. (2012). Capítulo I - Generalidades e especificidades sobre a dor crónica. In C. Ritto, F. D. Rocha, I. Costa, L. Diniz, M. B. Raposo, P. R. Pina, et al., *Manual de Dor Crónica*. Lisboa.

- Porto, D., & Garrafa, V. (2005). Bioética de Intervenção: Considerações sobre a Economia de Mercado. *Bioética*, Vol. 13, nº 1 , pp. 11-123.
- Reis, J. d. (1998). *O Sorriso de Hipócrates, a integração biopsicosocial dos processos de saúde e de doença*. Vega.
- Rey, F. G. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. Thomson.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica* , pp. 547-558.
- Saúde, D. G. (2003). *A Dor como o 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*.
- Saúde, D. G. (2006:5). *Factores Psicossociais*.
- Sobral, H. M. (2008 йил Abril). Intervenção no Sofrimento em Doentes Oncológicos.
- Sousa, F., & Silva, J. A. (2005 йил Jan/Fev/Mar). A Métrica da Dor (Dormetria): Problemas Teóricos e Metodológicos. *Revista Dor* , pp. 6 (1): 469-513.
- Teixeira, E. (1996 йил Agosto). Reflexões sobre o paradigma holístico, holismo e saúde. *Revista Esc. Enf. USP* , pp. Vol. 30, nº 2 pp 286-90.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Urteaga, E., & Eizagirre, A. (2013 йил enero-junio). La Construcción Social del Riesgo. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, nº 25 , pp. 147-170.
- Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The Influence of Negative Emotions on Pain: Behavioral Effects and Neural Mechanisms. *Neuroimage* , pp. Vol 47 (3), 987-994.

5 Apêndice

1. Caracterização clínica e sócio-demográfica da amostra

A amostra compreende 102 indivíduos.

Tabela 3. Caracterização clínica

		N (%)
Patologia oncológica	Cancro da mama	30 (29%)
	Cancro ginecológico ¹	19 (19%)
	Cancro urológico ²	7 (7%)
	Doença hemato-oncológica ³	6 (6%)
	Cancro da cabeça e pescoço ⁴	19 (19%)
	Cancro gastrointestinal ⁵	13 (13%)
	Outros ⁶	8 (8%)
Tratamento actual	Quimioterapia	40 (39%)
	Radioterapia	8 (8%)
	Tratamento paliativo	62 (61%)
	Outros	25 (25%)
Estado Funcional ECOG⁷	0	8 (8%)
	1	37 (36%)
	2	37 (36%)
	3	18 (18%)
	4	1 (1%)

¹ inclui: Colo do útero (10); Ovário (3); Endométrio (2); Útero SOE (1); Vulva (2); Cérvix(1)

² inclui: Bexiga (1); Rim (1); Próstata (5)

³ inclui: LH (2); LNH (1); Mieloma Múltiplo (3)

⁴ inclui: Cavidade oral (1); Lábio (1); Laringe (3); Língua (10); Nasofaringe (1); Mandíbula (1); Parótida (1); Mucosa jugal(1)

⁵ inclui: Esófago (3); Fígado (2); Cólon sigmoide (1); Canal anal (1); Reto (5); Gástrico e pulmonar (1)

⁶ Inclui: Melanoma (2); Tiroide (1); Sarcoma (1); Peritoneu (1); Pelvis(1); Basocelular (1); Intra-articular joelho (1)

⁷ Estado funcional ECOG não conhecido para um doente.

Grande variabilidade da amostra quanto ao tipo de patologia oncológica. Maioria dos doentes (61%) sob tratamento paliativo e com estado funcional ≤ 2 (80%)

Tabela 4. Caracterização sócio-demográfica

		N (%)
Género	Feminino	70 (69%)
	Masculino	32 (31%)
Idade	Mediana (Mín – Max)	62 (19 – 84)
	<20 anos	1 (1%)
	21-35 anos	5 (5%)
	36-50 anos	15 (15%)
	51-65 anos	40 (39%)
	>65 anos	41 (40%)
Estado civil	Solteiro	9 (9%)
	Casado/ União de facto	71 (70%)
	Viúvo	12 (12%)
	Separado/Divorciado	10 (10%)
Nível de escolaridade	Nunca frequentou a escola	5 (5%)
	Ensino primário	39 (38%)
	Ensino preparatório	16 (16%)
	Ensino secundário	24 (24%)
	Ensino profissional	6 (6%)
	Ensino universitário	12 (12%)

Predomínio do sexo feminino (69%) e de indivíduos como idade acima dos 50 anos (79%).

Tabela 5. Situação Familiar

Familiares mais directos		N (%)
Pais	Mãe	18 (18%)
	Pai	1 (1%)
	Ambos	10 (10%)
	Nenhum	73 (72%)
Cônjuge/ companheiro(a)	Sim	80 (78%)
	Não	22 (22%)
Filhos	0	17 (17%)
	1	23 (23%)
	2	43 (42%)
	3	13 (13%)
	≥4	6 (6%)
Outros*	Sim	11 (11%)
	Não	91 (89%)

*Inclui irmãos, netos, sobrinhos e outros

Tabela 6. Rede Familiar

		N (%)
Com quem vive	Vive sozinho	18 (18%)
	Cônjuge/ companheiro(a)	68 (67%)
	Pais	7 (7%)
	Filhos	35 (34%)
	Outros ¹	17 (17%)
Relação com pessoas próximas	1-Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família	0
	2- Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família	5 (5%)
	3-Poucas vezes existem discussões entre os membros da família	31 (30%)
	4-Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas do inquirido; existindo um clima de estabilidade entre os membros da família	66 (65%)
A quem recorre para apoio²	Cônjuge/ companheiro(a)	47 (46%)
	Filhos	24 (24%)
	Pais	6 (6%)
	Apoio domiciliário/social	5 (5%)
	Outros ³	19 (19%)

¹Irmãos, sobrinhos/ parentes próximos, vizinhos/ amigos, genros/noras, netos e outros.

²Um indivíduo não repondeu a esta pergunta

³Outros familiares, vizinhos e amigos

Tabela 7. Resultados descritivos da Escala de Gijon de avaliação do risco sócio-familiar¹²

Item	Valoração Social ¹ n (%)					Média	DesvPad
	1	2	3	4	5		
A. Situação Familiar	25 (25%)	44 (43%)	13 (13%)	10 (10%)	10 (10%)	2,4	1,2
B. Situação Económica	26 (25%)	29 (28%)	20 (20%)	16 (16%)	11 (11%)	2,6	1,3
C. Habitação	71 (70%)	17 (17%)	7 (7%)	5 (5%)	2 (2%)	1,5	1,0
D. Relações Sociais	40 (39%)	29 (28%)	9 (9%)	15 (15%)	9 (9%)	2,3	1,3
E. Apoio da rede social	70 (69%)	6 (6%)	24 (24%)	0	2 (2%)	1,6	1,0

¹Valores baixos indicam baixo risco e valores elevados indicam risco sócio-familiar elevado

Tabela 8. Resultados descritivos do score global da Escala de Gijon

	5-10	11-15	16-20	21-25	Média	DesvPad
Score global	63 (62%)	29 (28%)	19 (10%)	0	10,3	3,2

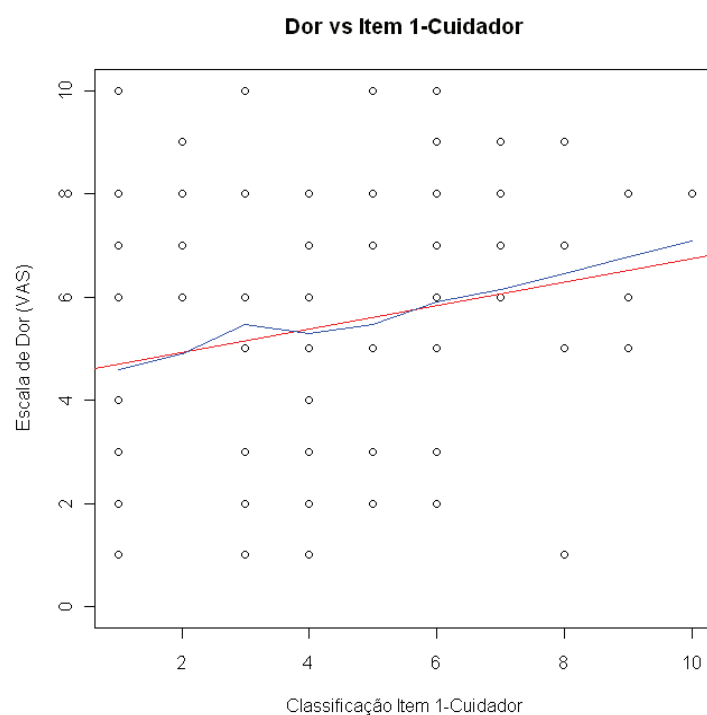
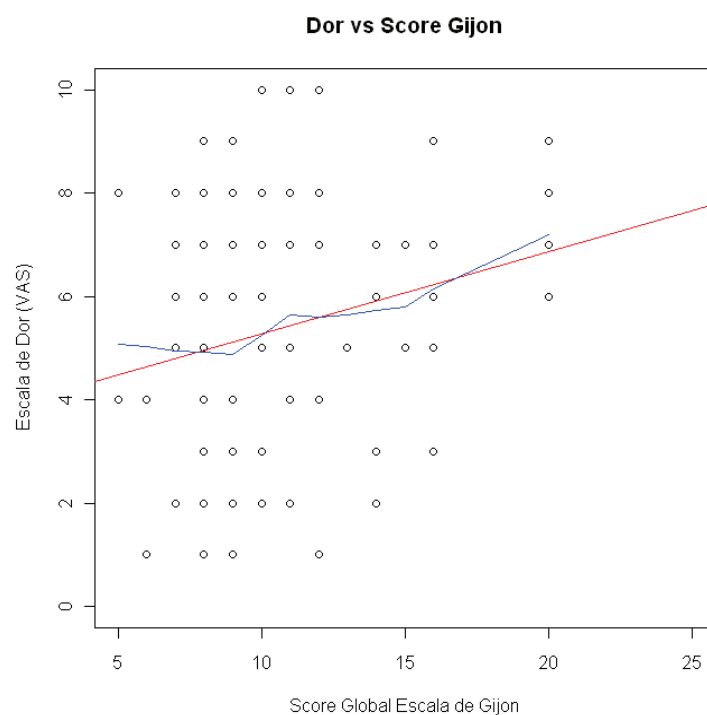
¹Valores baixos indicam baixo risco e valores elevados indicam risco sócio-familiar elevado

¹²Em cada ítem a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos correspondendo o 1 à situação ideal e o 5 correspondendo à situação de indução de maior risco. A pontuação global deriva do somatório das pontuações de cada um dos ítems. O ponto de separação entre o “baixo risco social” e o “alto risco social” é o **valor 13**. Valores abaixo de 13 são considerados como tendo baixo risco social e valores acima de 13 são considerados como tendo alto risco social. (Mourão, 2009, 13 de Março)

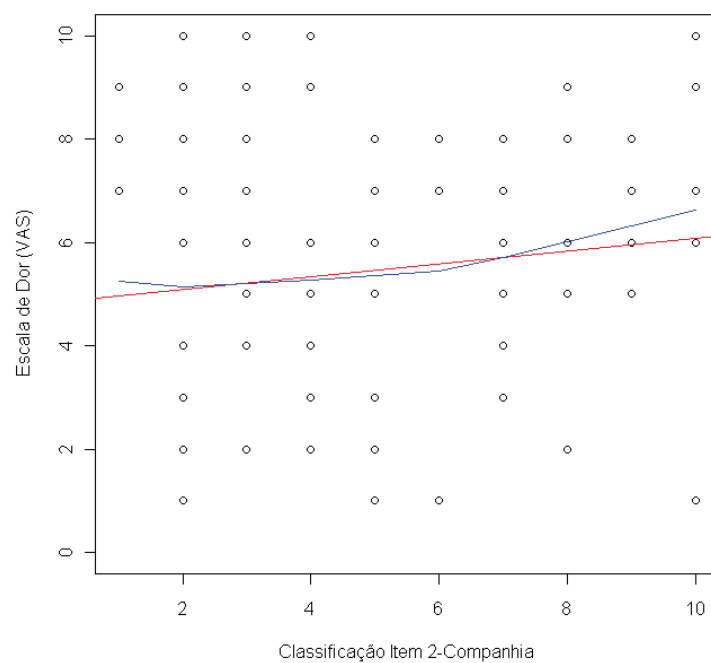
Tabela 9. Caracterização da dor – Escala Visual Analógica (EVA)

		N (%)
Mediana (Mín – Máx)		6 (1 – 10)
Quartil 25		3
Quartil 75		7
Média (Desvio Padrão)		5,4 (2,5)
Nível de dor	Sem dor (0)	0
	Ligeira (1-2)	17 (17%)
	Moderada (3-5)	33 (32%)
	Intensa (6-8)	41 (40%)
	Máxima (9-10)	11 (11%)

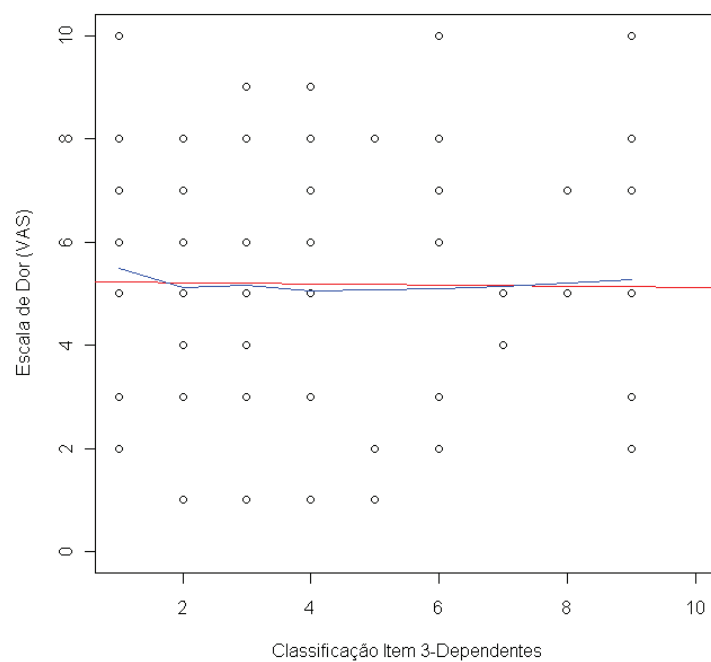
O gráficos de dispersão seguintes mostram a influência das diferentes varáveis no factor da Dor experienciada pelo doente.

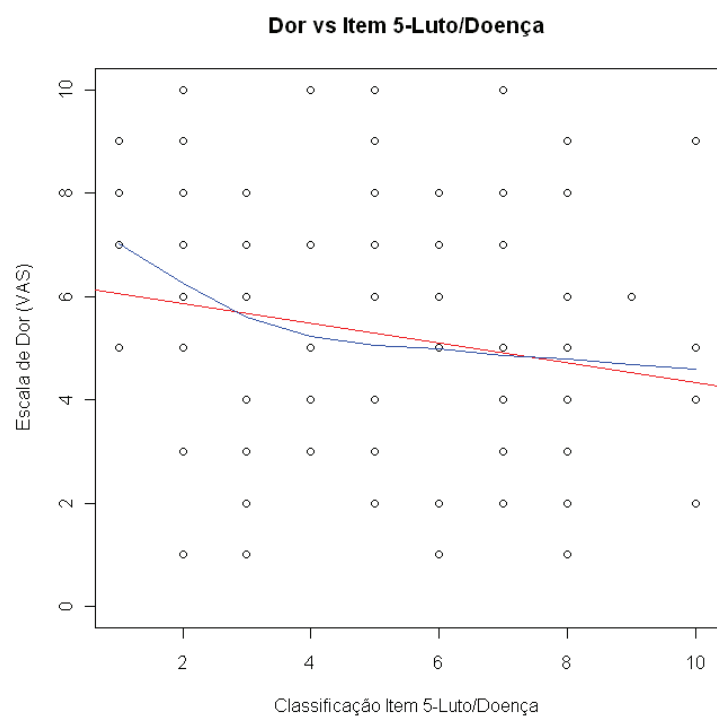
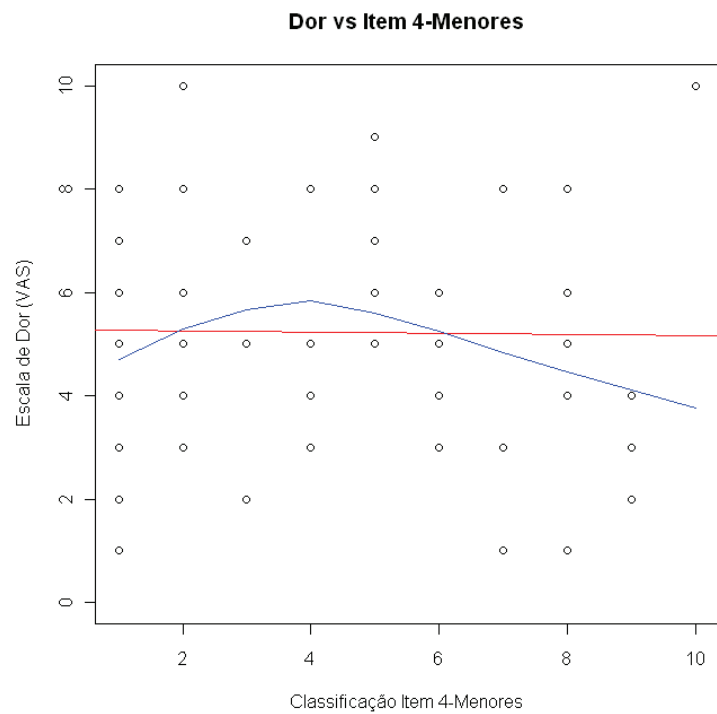


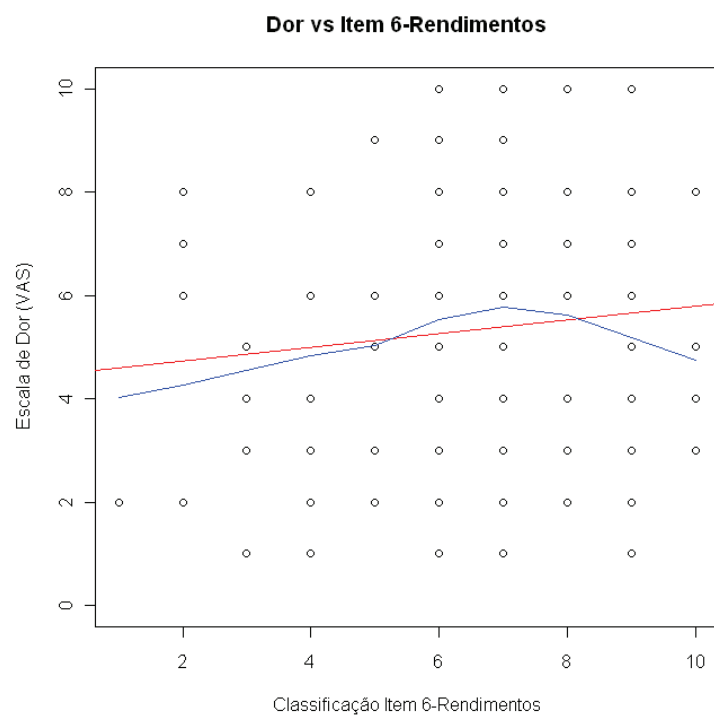
Dor vs Item 2-Companhia

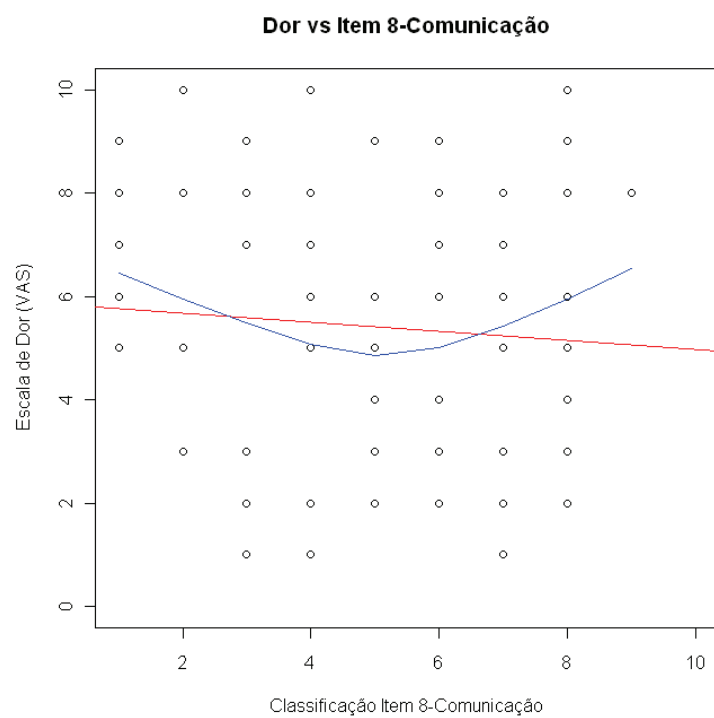
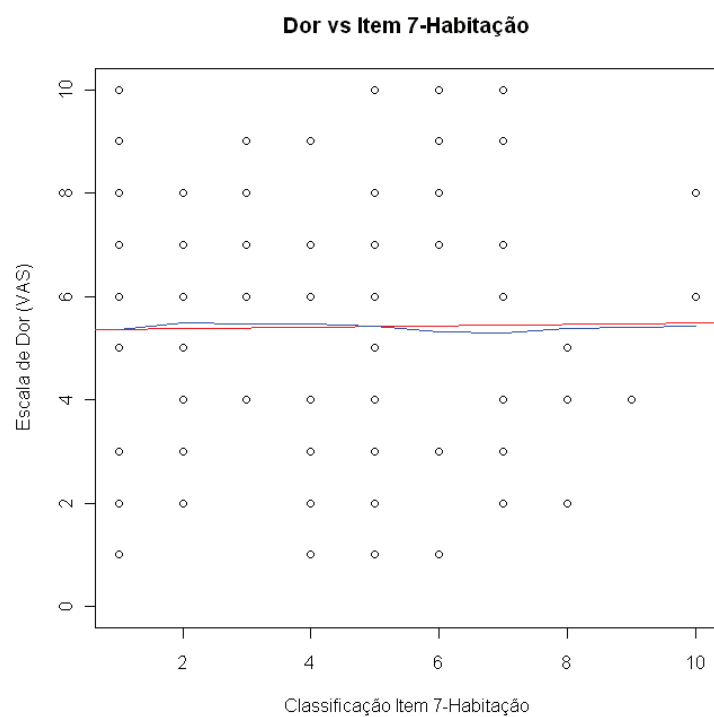


Dor vs Item 3-Dependentes

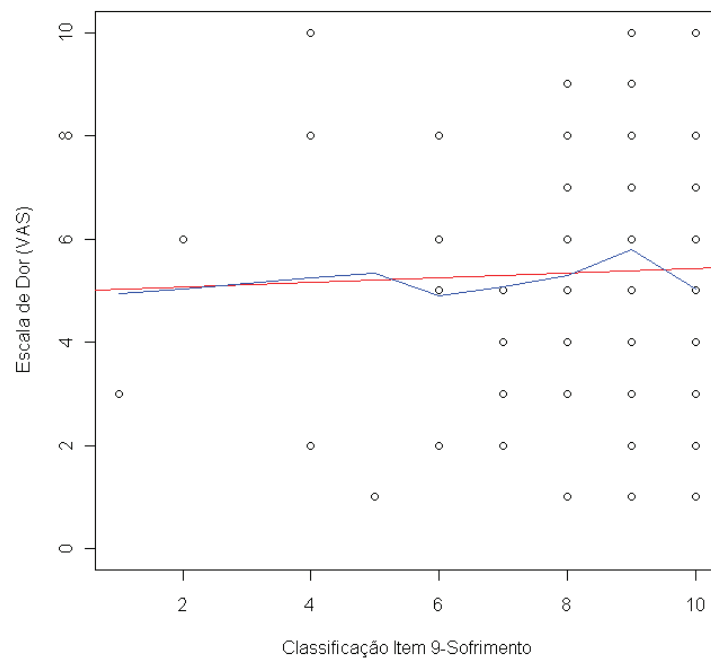




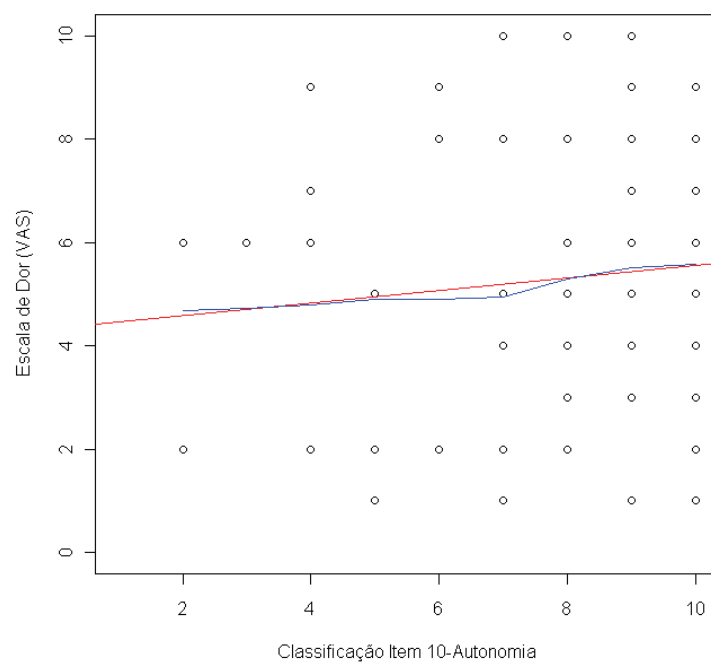




Dor vs Item 9-Sofrimento



Dor vs Item 10-Autonomia



Consentimento Informado

Este é um estudo sobre o impacto dos factores de risco social na experiência de dor no doente oncológico.

Este estudo está a ser realizado por uma assistente social no âmbito do mestrado em Cuidados Paliativos, ministrado pela Faculdade de Medicina de Lisboa.

O objectivo deste trabalho é saber se algum dos factores de risco social interfere (agravando ou não) na sua experiência de dor .

O preenchimento deste questionário é fácil e demorará 15 minutos.

A participação neste estudo é facultativa e anónima.

Muito obrigada pela atenção dispensada.

A investigadora do estudo

Cristina Gil

(Assistente social)

Contacto – 96 156 08 45

Consentimento Informado

Declaro que fui informado dos pormenores deste estudo e dos seus objectivos, no âmbito do projecto de investigação **“O impacto dos factores de risco social na experiência de dor, no doente oncológico”**.

Ficará assegurado o anonimato e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional, referente aos dados obtidos através da aplicação deste inquérito.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização do estudo que me foi proposto, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posterior análise.

Escala de dor

Numa escala de 0 a 10, sendo que o valor 0 corresponde a "sem dor" e o valor 10 corresponde a "dor máxima" diga, neste momento, qual é o valor que corresponde à dor que está a sentir?



Figura 1. Escala analógica visual para avaliação da dor.

Patologia _____

Tratamento actual

QT ☐

RT ☐

Paliativo ☐

A – Dados de identificação

A.1 – Género

1. Feminino ☐

2. Masculino ☐

A.2 – Idade

_____ anos

A.3 – Estado civil

1. Solteiro ☐

2. Casado ☐

3. Viúvo ☐

4. Separado/Divorciado ☐

5. União de Facto ☐

A.4 – Nível de escolaridade

1 – Nunca frequentou a escola ☐

2 – Não completou o ensino primário ☐

3 – Ensino primário ☐

4 – Ensino preparatório ☐

5 – Ensino secundário ☐

6 – Ensino profissional ☐

7 – Ensino universitário ☐

A.5 – Naturalidade (concelho)

B – Situação familiar

B.1 – Refira os seus familiares mais directos

<input type="checkbox"/>	Pais	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Cônjuge	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Filhos	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Netos	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Irmãos	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Sobrinhos	nº	_____
<input type="checkbox"/>	Outros (especificar)		_____

B.2 – Se tem familiares directos (residência)

Na mesma freguesia	nº	_____
No mesmo distrito	nº	_____
No mesmo concelho	nº	_____
Na mesma casa	nº	_____

B.3 – Com quem vive actualmente?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 – Vive sozinho | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Irmãos | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Cônjuge | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Sobrinhos / parentes próximos | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Pais | <input type="checkbox"/> |
| 6 – Filhos | <input type="checkbox"/> |
| 7 – Vizinhos / Amigos | <input type="checkbox"/> |
| 8 – Genros / noras | <input type="checkbox"/> |
| 9 – Netos | <input type="checkbox"/> |
| 10 – Outros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> |

B.4 - Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família |
| <input type="checkbox"/> | 2 – Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Poucas vezes existem discussões entre os membros da família |
| <input type="checkbox"/> | 4 – Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas do inquirido; existindo um clima de estabilidade entre os membros da família |

B.5 – No caso de precisar de algum tipo de ajuda normalmente a quem recorre

C – Escala de performance status E.C.O.G.

0	Totalmente activo. Sem restrições de actividade.
1	Restrição de actividade física intensa. Deambula e apto a realizar actividades laborais leves.
2	Deambula e capaz de se auto-cuidar. Incapaz de realizar actividades laborais. Levantado em mais de 50% do tempo em que permanece acordado.
3	Auto-cuidados limitados. Confinado ao leito ou cadeira em mais de 50% do tempo em que permanece acordado.
4	Incapacidade total de se auto-cuidar. Totalmente confinado ao leito ou à cadeira todo o tempo em que permanece acordado.

D – Escala de “Gijon” de avaliação sócio-familiar

D.1 – Situação familiar

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 – Vive com a família sem dependência física/psíquica | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Vive com o cônjuge de similar idade | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Vive sozinho mas tem filhos próximos | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Vive sozinho sem filhos | <input type="checkbox"/> |

D.2 – Situação económica

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 – Mais de 2 salários mínimos | <input type="checkbox"/> |
| 2 – De dois salários mínimos até um salário mínimo | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Desde o salário mínimo até à pensão do sistema contributivo | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados | <input type="checkbox"/> |

D.3 – Habitação

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 – Adequada às necessidades | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus, portas estreitas, banheira...) | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento) | <input type="checkbox"/> |
| 4 – Ausência de elevador, telefone | <input type="checkbox"/> |
| 5 – Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos) | <input type="checkbox"/> |

D.4 – Relações sociais

1 – Relações sociais

☐

2 – Relações sociais só com a família e com os vizinhos

☐

3 – Relações sociais só com a família ou só com os vizinhos

☐

4 – Não sai do domicílio, mas recebe visitas

☐

5 – Não sai do domicílio nem recebe visitas

☐

D.5 – Apoio de rede social

1 – Com apoio familiar ou de vizinhos

☐

2 – Voluntariado social, ajuda domiciliária

☐

3 – Não tem apoio

☐

4 – Pendente do ingresso numa instituição

☐

5 – Tem cuidados permanentes

☐

E – Indicadores de risco social

Destes indicadores qual destes lhe traz maior dor/sofrimento?

Ordene de 1 a 10 os indicadores abaixo descritos, sendo que o valor **1** corresponde ao que lhe traz **menor** dor/sofrimento e o valor **10** o que lhe traz **maior** dor/sofrimento.

- | | |
|---|-------|
| 1 – Ausência de cuidador durante o dia ou em grande parte do dia | _____ |
| 2 – Ausência de companhia | _____ |
| 3 – Existência de outros dependentes no agregado familiar | _____ |
| 4 – Menores a cargo | _____ |
| 5 – Vivência de luto recente e/ou vivência de outras doenças na família | _____ |
| 6 - Rendimentos insuficientes para fazer face à doença | _____ |
| 7 – Precariedade habitacional | _____ |
| 8 –Barreiras na comunicação com familiares | _____ |
| 9 – Sofrimento emocional | _____ |
| 10 – Perda de autonomia | _____ |

Muito obrigada pela sua colaboração neste estudo.

6 Anexos



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA
FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

Unidade de Investigação Clínica

NOTA DE SERVIÇO

De: Unidade de Investigação Clínica

Data: 21/01/2013

Para: Dr. João Oliveira
Vogal do Conselho de Administração

N.º : 13/2013

ASSUNTO: Projecto de investigação intitulado "O IMPACTO DOS FACTORES DE RISCO SOCIAL NA DOR ONCOLÓGICA" - UIC/779.

Junto envio para avaliação final o estudo mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

*Concordo e
autorizo*
J. Oliveira
1/2/13

Unidade de Investigação Clínica
Conceição Costa

JOÃO OLIVEIRA
Vogal do Conselho de Administração

11-7152

21.01.13
QUINTA-FEIRA

Parecer da Comissão de Ética sobre o Projecto de Investigação intitulado “ O Impacto dos Factores de Risco Social na Dor Oncológica ” - UIC/779

O estudo em apreciação tem como objectivo principal avaliar o impacto dos factores de risco social na experiência da dor dos doentes oncológicos seguidos na Consulta de Dor do IPOLFG, E.P. E..

Trata-se de um estudo de grande pertinência, na medida em que pretende alertar e sensibilizar os profissionais de saúde para a influência de alguns factores sociais na percepção da dor do doente oncológico, no sentido de os poderem minimizar ou solucionar.

Tem o parecer favorável da Coordenadora do Serviço Social do IPOLFG, E.P.E. e da Directora do Serviço onde irá decorrer o estudo.

Em termos metodológicos é um estudo exploratório e quantitativo, prevendo como instrumento de recolha de dados a utilização de um inquérito, constituído por questões sócio demográficas, Escala de Performance Status E.C.O.G., Escala de “ Gignon” de avaliação sócio – familiar, indicadores de risco social, e a Escala Numérica de Dor, as quais não levantam questões do ponto de vista ético.

A informação escrita a disponibilizar aos participantes no estudo, no âmbito do consentimento informado, parece-nos clara e adequada, encontrando-se salvaguardados os aspectos da natureza voluntária da participação e do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Face ao anteriormente mencionado, o parecer desta Comissão é favorável à realização do presente estudo.

Lisboa, 03 de Janeiro de 2013

Pela Comissão de Ética

Maria Manuel Pinto

COMISSÃO DE ÉTICA

Recebi no dia
04/01/2013
C. Costa

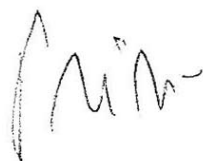
Apreciação do Projecto de Investigação "O impacto dos factores de risco social na dor oncológica" – UIC/779

O projecto de investigação "O impacto dos factores de risco social na dor oncológica" – UIC/779 revela-se de grande actualidade numa área onde os estudos deste cariz são escassos. A pertinência do mesmo, debruçando-se sobre um dos sintomas mais prevalentes nos doentes oncológicos, vai de encontro à multidimensionalidade da vivência da dor. A dor é um "sintoma total" por conseguinte importa saber que outras grandezas, para além da física, a sustentam, nomeadamente o suporte sócio-familiar.

Em termos metodológicos o projecto revela-se adequado, de fácil exequibilidade, utilizando instrumentos validados, auxiliado com um inquérito simples, possuindo um consentimento informado claro, não havendo questões bioéticas descuradas.

Face ao mencionado o meu parecer é favorável à realização do projecto UIC/779.

Lisboa, 14 de Janeiro de 2013



Paulo Reis Pina
Clínica de Dor